Prince Edward Island
CANADA

Health and Social Services System

Ministry of Health and Social Services

Annual Report

2002-2003

Annual Report

for the year ending March 31, 2003

Ministry of Health and Social Services

For more information on this report, contact:
PO Box 2000, Charlottetown, PE, Canada, C1A 7N8
Tel: 902 368 4900   Fax: 902 368 4969
or visit our Web site at *www.gov.pe.ca*

Prince Edward Island
CANADA

104-05468/

Message from the Minister

To the Honourable J. Leonce Bernard
Lieutenant Governor of Prince Edward Island

May It Please Your Honour:

It is my privilege to present the Annual Report of the Ministry of Health and Social Services for the fiscal year ended March 31, 2003.

Respectfully submitted,

Chester Gillan
Minister of Health and Social Services

Table of Contents

Deputy Minister's Overview . . . 1

Introduction . . . 3

Ministry's Role and Responsibility . . . 4
Our Vision, Mission, Principles and Goals . . . 4

Minister's Role and Responsibilities . . . 5

Deputy Minister's Role and Responsibilities . . . 7

Health and Social Services System . . . 9

Department of Health and Social Services . . . 11
Roles of Divisions . . . 12

Health Authority Boards' Roles and Responsibilities . . . 15
Health Authorities . . . 16

Year in Review . . . 18
Highlights of the Year . . . 19
Wellness . . . 19
Healthy Child Development . . . 23
Access to Services . . . 25
Primary Health Care Initiatives . . . 28
Human Resources . . . 31
Health Information Technology . . . 33
Partnerships to Address the Determinants of Health . . . 35

Health System Results . . . 37
Goal 1: Improve the Health Status of Islanders . . . 38
Goal 2: Increase Personal Responsibility for Health . . . 42
Goal 3: To Improve the Sustainability of the System . . . 47

Legislative Responsibilities . . . 50
Legislative Changes . . . 51

Appendices . . . 53
Appendix A - Regional Health Authority Board Members . . . 53
Appendix B - Financial Statements . . . 54
Appendix C - Budget Forecast . . . 57

Deputy Minister's Overview

The Honourable Chester Gillan
Minister of Health and Social Services
Province of Prince Edward Island

Honourable Minister:

It is my pleasure to submit the 2002-2003 Annual Report for the Health and Social Services System. During the strategic planning process, goals were set and strategies established to guide the direction of the system. The outcomes reported here show that we remain committed to those goals and strategies.

I am proud of our many accomplishments in 2002-2003 and would like to highlight some major achievements:

- Reorganization assisted the implementation of the five-year strategic plan for the Health and Social Services System. This structure supports the wellness of Islanders and the sustainability of health care on Prince Edward Island.
- Construction continued on the new Prince County Hospital, which is now slated to open in the spring of 2004.
- Expansion of Cancer Treatment Centre underway and is expected to open in the fall of 2003.
- The Strategy for Healthy Living was developed in partnership with many groups and individuals to promote efforts to address behavioural risk factors for chronic disease.
- Primary Health Care Redesign will help address issues challenging sustainability of the health system and improve access to health services while strengthening community services.

I am pleased with the progress we have made toward the goals outlined in the strategic plan, and look forward to meeting future challenges as we work together to improve the health of Islanders.

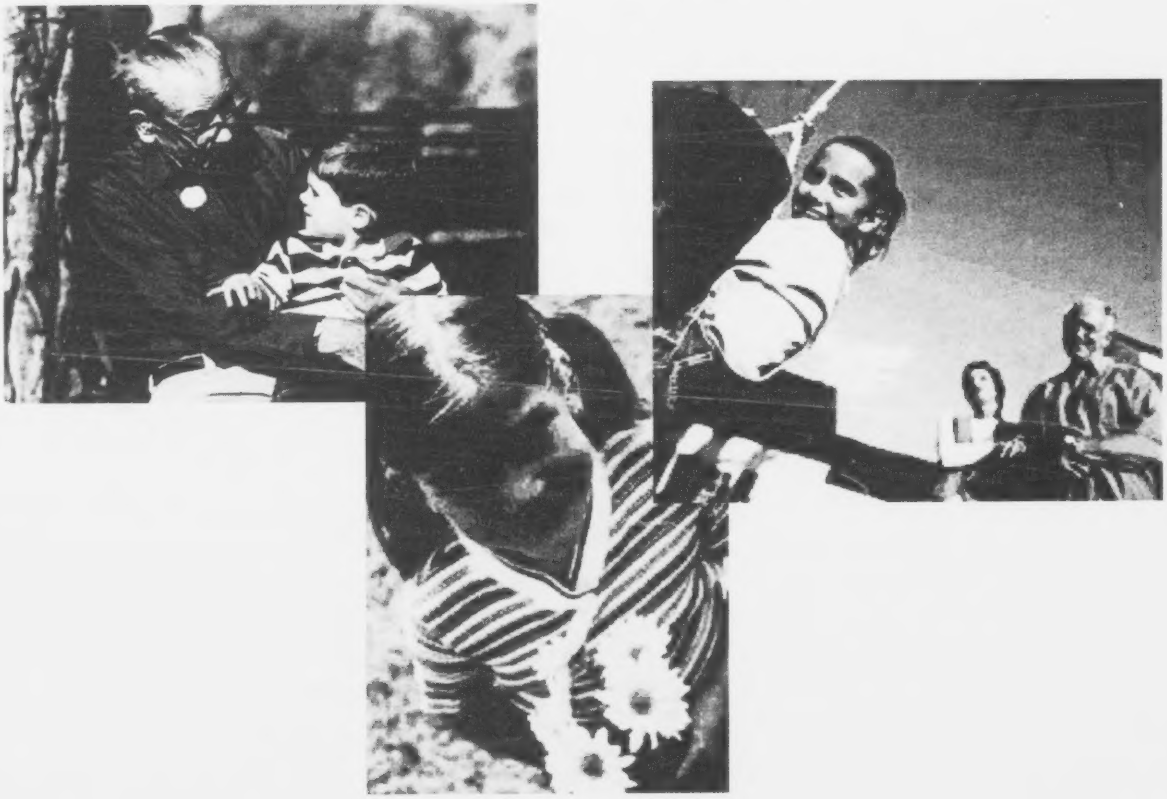
Respectfully submitted,

David B. Riley
Deputy Minister

Introduction

This annual report for the Department of Health and Social Services is based on the 2001-2005 Prince Edward Island Health and Social Services System strategic plan, Pathways to Wellness and Sustainability.

The Health and Social Services System is committed to enhancing the health status of Islanders by providing quality health programs and services while promoting personal responsibility for health. This annual report outlines the activities of the department over the past year, which focused on improving results in our goal areas, and the initiatives undertaken to work towards those results.



Ministry's Role and Responsibility

Our Vision, Mission, Principles and Goals

Vision

One system of quality services that promotes health and independence through relationships based on trust and shared responsibility.

Mission

The mission of the Health and Social Services System is to promote, protect and improve the health and independence of Islanders.

Principles

Wellness	~	Our primary focus will be on wellness and children's health.
Sustainability	~	We will allocate resources appropriately to respond to changing needs and ensure continued access to quality programs and services.
Accountability	~	We will measure and report on our performance and health outcomes.

Goals

- Improve health status
- Increase personal responsibility for health
- Improve sustainability in the system
- Improve public confidence in the system
- Improve workplace wellness and staff morale
- Maintain other results at current levels

Minister's
Role and Responsibilities

The Minister of Health and Social Services is accountable to the Legislature of Prince Edward Island for the quality of the Health and Social Services System in the province and its impact on the health and well-being of Islanders. The Minister develops system-wide strategies, plans and policy direction in consultation with Health Authorities*, and carries the interests of the Health Authorities and citizens to Executive Council and the Legislature. The Minister allocates resources to Health Authorities in an equitable manner, and monitors and reports to the public on system performance and results.

The Minister of Health and Social Services is responsible for achieving acceptable results in Prince Edward Island in the following areas:

Jointly with individual citizens, families, communities, health authorities, physicians, other provincial government departments, non-government health care providers and health organizations:

- Health of citizens
- Individual, family and community acceptance of responsibility for health
- Impact of the physical and social environment on health of citizens
- Independence
- Quality of housing in the province
- Quality of public policy affecting health of citizens
- Sustainability of the provincial Health and Social Services System

Jointly with health authorities, physicians and health care providers:

- Quality of services and their impact on citizens
- Cost-effectiveness of health and social services
- Patient, family and client satisfaction
- Equitable access to health care and social services
- Health, safety and dignity of those under care
- Workplace wellness and morale of provincial and health care and social services providers and staff
- Occupational health and safety of staff and volunteers
- Public confidence in the Health and Social Services System

And is also responsible for:

- Quality and performance of provincial and regional health care and social service providers and staff and their conduct of health business
- Physician and health care provider confidence in the PEI Health and Social Services System
- Relations with other governments, stakeholders and agencies
- Quality of monitoring of health outcomes and Health and Social Services System performance
- Condition of Health and Social Services System facilities and equipment

- Condition of Health and Social Services System's finances
- Compliance with government legislation and regulations
- Enforcement of assigned legislation and regulations
- Such other responsibilities and obligations which are from time to time assigned by the Legislature and Executive Council.

* *Health Authorities include the four Regional Health Authorities and the PHSA*

Deputy Minister's Role and Responsibilities

The role of the Deputy Minister of Health and Social Services is to provide leadership in innovation and continuous improvement across the Health and Social Services System; and to provide specific high quality administration and regulatory services to the Health and Social Services System and to Islanders.

The Deputy Minister of Health and Social Services s responsible for achieving acceptable results in Prince Edward Island in the following areas:

Quality of advice, assistance, information and leadership provided to the Minister, and as appropriate, to health authorities and their staff, and public and private health care providers in matters pertaining to:*

- Policy formulation and implementation
- Development and adoption of outcome standards
- Monitoring health outcomes and status
- Frameworks and processes for planning
- Resource allocation
- Capital project planning
- Communications strategies
- Human resource planning and development
- Information technology system planning
- Issues management
- Development and interpretation of legislation, regulations and compliance
- Interacting with other governments
- Dissemination of research knowledge and comparative data
- All areas defined by the Health and Social Services Mission Statement

Quality of administration and operation of direct service in:

- Registration, premium collection, disbursement to providers and other physician payment services
- Out-of-province health service procurement and payment
- Tuberculosis, sexually transmitted disease and communicable disease control
- Ambulance services contracts and associated policies
- Blood services contracts
- Information technology systems
- Adoptions and post-adoption consultation
- Provincial Non-Government Organization (NGO) contracts
- Autism programming
- Health information resources

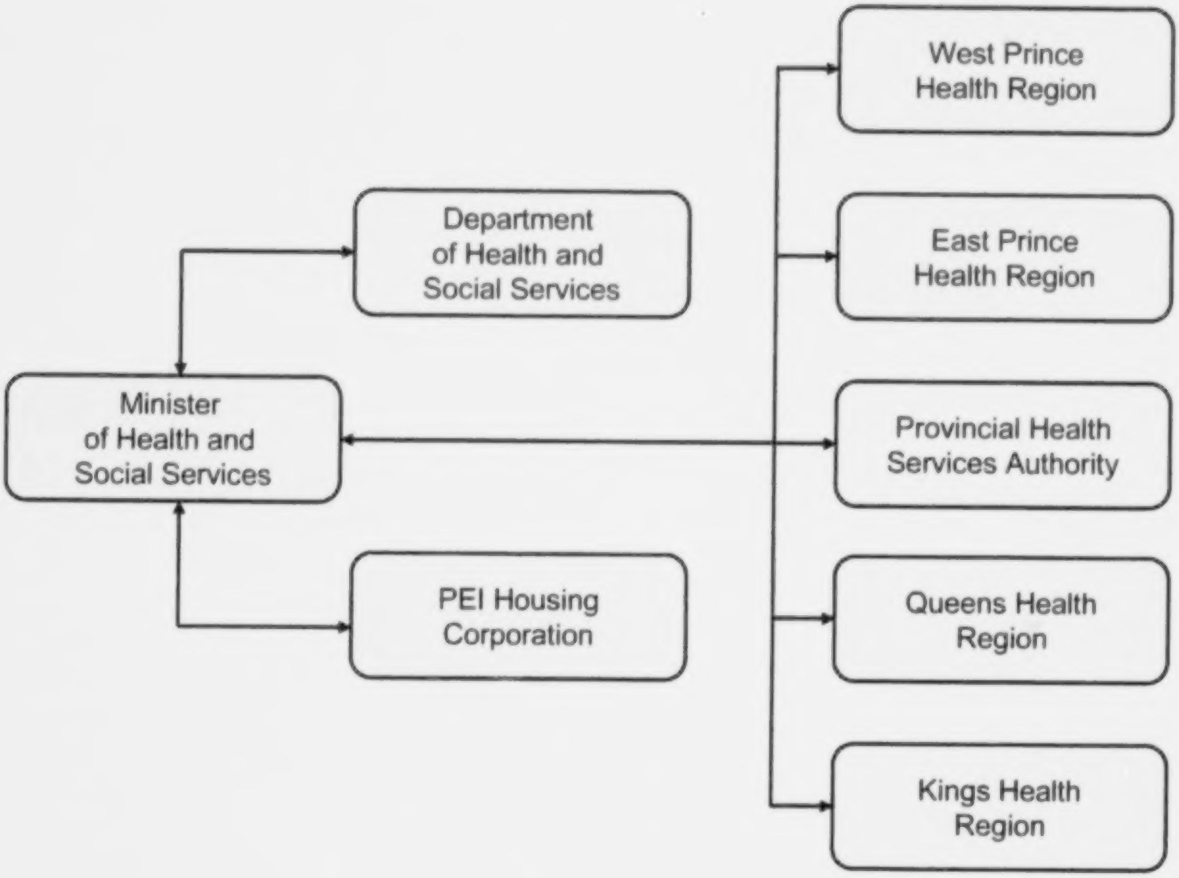
And is also responsible for:

- Quality of health and social services legislation and enforcement of legislation and regulations assigned to the department
- Quality of monitoring health outcomes provincially and regionally within the province
- Client and provider satisfaction
- Exerting influence as appropriate on decisions of other governments, departments and agencies affecting health
- Quality of relationships with other governments, Health Authorities and their staff, departments, agencies, associations, suppliers and contractors.
- Quality, performance, morale and conduct of staff and their occupational health and safety
- Public confidence in the Health and Social Services System
- Costs and cost-effectiveness
- Condition of department finances and assets
- Departmental adherence to legislation and government policy
- Such other duties and obligations that are from time to time required by the Minister

* *Quality is defined as reliability, usefulness, quantity, time lines, cost, attitudes, and confidentiality.*

Health and Social Services System Organization Structure

Prince Edward Island
as at March 31, 2003



Health and Social Services System

The mandate of Prince Edward Island Health and Social Services is to work in partnership with our citizens to protect, promote and improve the health and independence of all Islanders. The Ministry of Health and Social Services is comprised of the Department of Health and Social Services and the five health authorities including the four health regions (West Prince Health, East Prince Health, Queens Health, Kings Health), and the Provincial Health Services Authority.

Implementation of the Health and Social Services organizational redesign was completed in 2003. The new structure supports the effective implementation of the principles outlined in our five year strategic plan, namely, wellness, accountability and sustainability. This new structure enables the system to respond to new challenges and opportunities, new knowledge, new technologies, and a greater understanding of how to improve the health of the population.

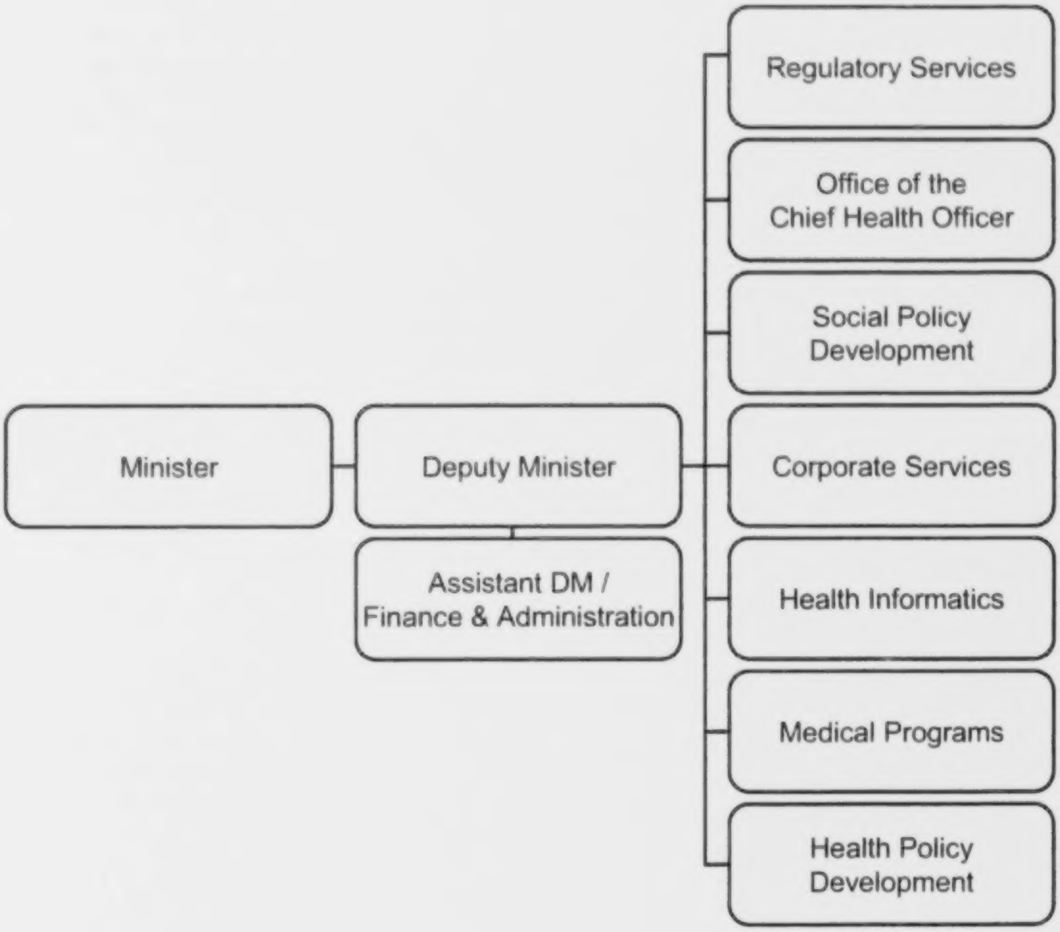
Primary and secondary services have been realigned to support clear provincial and regional roles and responsibilities. The Provincial Health Services Authority was established to plan and deliver secondary acute services, including most services now delivered by the Queen Elizabeth Hospital, Prince County Hospital, Hillsborough Hospital and the Provincial Addictions Centre.

Bringing specialized secondary services together in the PHSA provides us with new opportunities to coordinate the planning and delivery of provincial specialty services and to increase our focus on quality, access, and utilization of these specialized resources. The new structure will enable the facilities to work together in several key areas such as human resources planning, utilization management, and quality measurement and control.

The Southern Kings and Eastern Kings Regions were amalgamated under a new Kings Health Authority to create a more balanced regional system in terms of geography and people served. The new region will be more proportionate to the other regions; and with a stronger resource base, there will also be added opportunities to improve planning and effectiveness. All four regional health authorities now have a similar mandate to plan and deliver primary health and social services, and to achieve a greater focus on wellness and children's health.

Dept. of Health and Social Services Organization Structure

Prince Edward Island
as at March 31, 2003



Dept. of Health and Social Services

The redesign of the Department of Health and Social Services reflects the role of the department, which is to support the work of the Regional Health Authorities and the Provincial Health Services Authority through leadership in innovation and continuous improvement, and to provide high quality administrative and regulatory services.

Roles of Divisions

Office of the Chief Health Officer

The Office of the Chief Health Officer is responsible for administration of the Public Health Act, supervision of related public health programs, and disease surveillance and control.

Social Policy Development

The Social Policy Development division is responsible for policy direction, program development, specialized programs and services and federal/provincial/territorial policy in the areas of child welfare and national child benefit programs, child protection, foster care, adoptions, early childhood development, preschool autism services, youth services, social assistance, employment and employability enhancement, family support and services, family violence prevention, services to persons with disabilities, mental health, addictions, public housing, and emergency health and social services.

Corporate Services

The Corporate Services division provides advice, assistance and information to the Minister, Deputy Minister, management and staff in the department in the areas of policy development, strategic planning, results measurement, communications, Freedom of Information and Protection of Privacy policy and administration, intergovernmental and external relations, human resource management, french language services, and legislation. The division also serves as a liaison to the regional health authorities for corporate activities.

Finance and Administration

The Finance and Administration division has overall responsibility for financial and budgetary management, financial planning and analysis, and research and development in financial and policy related areas.

Medical Programs

The Medical Programs division is responsible for the administration of health services as mandated by the *Drug Cost Assistance Act, Health Services Payment Act, Hospital and Diagnostic Services Insurance Act, Hospitals Act, Human Tissue Donation Act, Medical Act* and the *Public Health Act*. Medical programs and services include the Provincial Medicare Program, physician services, physician consultations and negotiations, physician billing assessment and payment. The division also has responsibility for ground ambulance, emergency air evacuation, Canadian Blood Services, the Out-of-Province Liaison Program, approvals for health services out of province, physician recruitment, health technology assessment and provincial drug programs.

Health Policy Development

The Health Policy Development division is responsible for policy direction, program development, evaluation and support in the area of health policy including health promotion and illness prevention, continuing care policy (home care, long term care, palliative care and community care), primary health care policy, dental health policy, nursing policy, chronic disease management, population health and health research. The division is responsible for policy development in a number of areas including tobacco reduction, the Healthy Eating Strategy, the Healthy Living Strategy, cervical cancer screening, primary health care redesign, diabetes initiatives and maternal/newborn family care.

Health Informatics

The Health Informatics division researches, plans, designs, implements and supports information technology and information management solutions for the Prince Edward Island health system in collaboration with the health authorities and department clients; and within the corporate Information Technology (IT) strategy of the provincial health system and provincial government.

The Implementation and Support group is responsible for the implementation, support and maintenance of the Island Health Information System's provincial applications and Wide Area Network, and provides end user support services to department employees. Key responsibilities include project planning and management; maintenance contract and service level agreement management; applications maintenance; and operations and technical support services.

This section is responsible for the strategic planning and management of the information resources within the Island Health Information System infrastructure. Key role/responsibility areas include: Project Planning and Management, Business Process Analysis, Request for Proposal development and management, Security and Confidentiality of Information Resources, Programmer Analyst Support Services, Information Access and Dissemination Services, Project Management Methodology development and maintenance as well as general IT Consulting Services.

Regulatory Services

The Regulatory Services division is responsible for the quality of advice and assistance provided to the Minister, department staff, health regions and the Provincial Health Services Authority for matters pertaining to regulatory policy and program development; innovation and continuous improvement in the areas of adult protection, private sector nursing homes and community care facilities, dietetic services, emergency medical services, environmental health, public guardianship, and vital statistics.

The Regulatory Programs section provides licensing and monitoring services to ensure compliance with legislated standards and regulations with regard to private sector nursing homes and community care facilities, ground ambulance operators and emergency medical technicians; adult protection advice and services to regional staff and designated adult protection workers; and a public guardian for those who are deemed incapable of managing their own affairs and who have no family or friends willing or able to assume this responsibility. The overall supervision and direction of the division is a function of this section as well.

Environmental Health assists the Chief Health Officer with the enforcement of regulations covered by the *Public Health Act*. In addition, Environmental Health is responsible for the enforcement of the *Tobacco Act* and *Smoke -Free Places Act*. Through education, consultation and inspection, this section promotes and establishes standards consistent with these Acts. The inspection programs conducted include food safety, rental accommodations, tobacco sales to minors, slaughterhouses, swimming pools, summer trailer courts, tenting and camping areas, and institutional facilities such as day care centres, kindergartens, community care facilities, nursing homes, hospitals and correctional facilities.

The Office of Vital Statistics is responsible for the collection, registration and maintenance of vital event information for the Province, this includes: births, deaths, marriages, adoptions, divorces, stillbirths, and change of name. Vital event information is used to support a National and a Provincial statistical system, both for population information and health information. The program also issues birth, death and marriage certificates and marriage licenses, licencing of clergy for eligible to perform marriage ceremonies and provides legal change of name services.

Health Authority Boards' Roles and Responsibilities

Implementation of the Health and Social Services organizational redesign was completed in 2003. As a result of this change, there are now five health authorities including the four health regions (West Prince Health, East Prince Health, Queens Health, Kings Health) and the Provincial Health Services Authority. Each of the regions is governed by a Regional Health Board of Directors who have the mandate to deliver health and social services to the region for which they are responsible, and are accountable to the Minister of Health and Social Services.

The Provincial Health Services Advisory Council provides advice to the CEO of the Provincial Health Services Authority on any matter concerning the institutions, programs, or services for which they are responsible.

> The role of a Health Board is to define the strategic plan for the health region within the context of the provincial strategic plan; assess and report on health status and health needs of the population being served; monitor and report on health system performance and impact on health outcomes, fiscal condition and morale and performance of the CEO and staff; to collaborate with other community agencies which influence determinants of health of their citizens; and to provide advice to the Minister on matters pertaining to the Health and Social Services System.

The board of each regional health authority is responsible for achieving acceptable results in their region in the following areas:

Jointly with citizens, families, communities, physicians, other provincial government departments, and non-government health care providers and health and social services organizations, the health authorities work toward:

- Improving the health of citizens of each of the regions
- Fostering individual, family and community acceptance for the health of citizens
- Supporting the independence of citizens with physical, intellectual and financial disabilities
- Improving the quality of housing in each region
- Improving the quality of public policy pertaining the health in each region
- Developing the sustainability of each region's health and social services system

Jointly with physicians and health care providers, the health authorities work toward:

- Ensuring the quality of health and social services, and their impact on citizens
- Ensuring the cost-efficiency of health and social services
- Monitoring patient, family, and client satisfaction
- Ensuring equitable access to health and social services
- Ensuring the health, safety and dignity of citizens under care
- Maintaining public confidence in health care and social services within each region

The health authorities are also responsible for:

- Workplace wellness and the morale of their staff
- High quality and performance of staff as they conduct RHA business
- Workplace health and safety of regional staff and volunteers
- Physician, health care and social services providers' confidence in the RHA
- Maintaining good relations with other Regional Health Authorities, the Department of Health and Social Services, stakeholders, and government and non-government agencies both in the province and abroad
- Quality of monitoring of health outcomes and health and social service system performance
- The condition of regional health authority facilities, equipment, and finances
- Compliance with, and enforcement of, government legislation and regulations

Senior and palliative care services, long term and acute care services, and addiction and mental health services are available across Prince Edward Island in numerous facilities and institutions. Services that support children, families and communities are also offered throughout all regions of the Island. The regional authorities also have internal divisions responsible for human resource initiatives, policy and planning, and finance and information technology.

Health Authorities

West Prince Regional Health Authority

The West Prince Regional Health Authority is the governing body for health care services in West Prince. The health authority was formed in 1994 and is responsible for administering all aspects of health and community services to the people of West Prince, which serves the communities of O'Leary, Tignish, and Alberton. This health authority is also responsible for the administration and delivery of various programs throughout the region.

East Prince Regional Health Authority

The East Prince Regional Health Authority is the governing body for health care services in East Prince, serving the primary health care needs of individuals, families, and communities from Crapaud to Ellerslie.

The region is grounded in the principles of community development. Local communities partner with health care providers to determine strategies to improve the health and wellness of citizens in East Prince. An overriding goal of the region is to achieve an appropriate balance between all aspects of care -- including the promotive, preventive, curative, rehabilitative, and supportive aspects of health.

Queens Regional Health Authority

The Queens Regional Health Authority is responsible for planning, integrating and co-ordinating the delivery of quality health and community services in Queens County. These services focus on promoting health and preventing illness as well as providing programs which treat, manage and support our clients throughout their lives.

Kings Regional Health Authority

The Kings Regional Health Authority is responsible for ensuring all services delivered are accessible and adequate by having these services delivered at the local level; ensuring services are efficiently provided and regionally managed; improving the match of services to needs of local residents in the region; monitoring the quality of service delivery, and seeking the advice and opinions of residents on needs and effectiveness of services and programs, thus contributing to a greater sense of community.

The core health services managed by the Kings Regional Health Authority include the Kings County Memorial Hospital, Souris Hospital, Colville Manor, Riverview Manor, Seniors and Family Housing, Home Care and Support, Child and Family Services, Community and Family Health Centres and Mental Health & Addiction Services.

Provincial Health Services Authority

The Provincial Health Services Authority (PHSA) is responsible for providing leadership in the delivery of provincial secondary acute and specialized services to improve the health and well being of citizens. The creation of the PHSA brings the planning and delivery of these provincial acute and specialty services together under one organization with a clear focus on quality, access, and improved planning and utilization of these services.

The PHSA is administratively structured into three front-line service delivery divisions, Queen Elizabeth Hospital, Prince County Hospital, and Mental Health and Addictions; and three corporate divisions, Medical Services, Finance and Support Services, and Corporate Planning and Development.

Year in Review

Strategy Implementation

The five-year strategic plan for the Health and Social Services System on Prince Edward Island was established in 2001. Based on consultation with providers and the public, the strategic plan provides a framework for the system to improve the health of Islanders and the performance of the system over the five-year period 2001-2005.

The plan identifies six critical issues that face the system: public expectations and demand, recruitment and retention of health professionals, appropriate access to primary health care, personal health practices, the aging population, and disease prevention. Six strategies outline the direction the system is taking to improve its desired results. This section outlines progress on strategies undertaken by the system in 2002-2003 that address these critical issues.

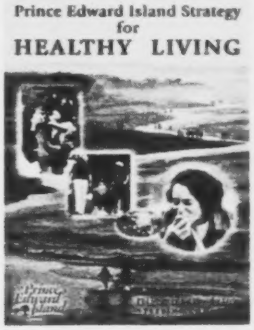
Highlights of the Year

Wellness

Wellness initiatives, which encourage people to reach and maintain their full health potential, have been implemented to focus on disease prevention and improve the health status of Islanders.

Strategy for Healthy Living

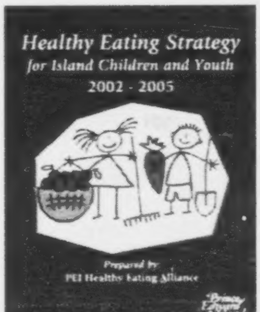
The Department of Health and Social Services was a partner in the development of the PEI Strategy for Healthy Living. The strategy will promote collaborative efforts to address three common barriers to health which are also the three most significant behavioral risk factors for chronic disease (tobacco use, unhealthy diet and physical inactivity). The goals of the strategy will be addressed in partnership with alliances, non government organizations, regional health authorities, businesses, communities, individuals and national, provincial and local governments.



Provincial government has identified and funded four initiatives under the umbrella of the Strategy for Healthy Living. They include the Physical Activity Strategy, the Nutrition Promoting Schools Initiative, *Smoke Free Places Act* Implementation Plan, and the Healthy School Communities Program. Work on these initiatives will take place over the next year.

The Strategy for Healthy Living will be launched in June 2003. Future activities include hiring Healthy Living Coordinators in the four health regions, creating regional networks, and developing and implementing regional action plans.

Healthy Eating Alliance



The Department of Health and Social Services is one of the approximately 40 partners of the PEI Healthy Eating Alliance (HEA). The alliance is a diverse group of individuals, community, university and government organizations who are committed to improving the eating habits of children and youth through education and the creation of supportive environments. The HEA released a three-year comprehensive healthy eating strategy in December 2002. While the initial focus of the alliance is on the school-age population, an ideal period of development to influence eating habits, it will also work to increase the availability of healthy food choices in other places where children and youth gather, such as recreation centres.

The strategy outlines three main action areas to improve children's eating habits: nutrition education and promotion; access to safe and healthy food; and research. Numerous activities have been undertaken by the various partners and working groups over the past year, including planned and coordinated breakfast and snack programs in Island schools; securing funding to implement a School Healthy Eating Guidelines Project to work with local schools in developing and adopting healthy eating guidelines; providing schools with newsletters and monthly healthy eating tips; and implementing the first ever "Healthy Eating Week" in March 2003.

Tobacco Reduction

The PEI Tobacco Reduction Alliance, which includes the Department of Health and Social Services, the Department of Education and a number of non-government organizations, was formed in 1999. PETRA is engaged in three types of activities to reduce tobacco use: prevention, to help Islanders stay smoke-free; cessation, to encourage and help smokers to stop using tobacco; and protection, to eliminate exposure to second-hand smoke.

The department works with community and government PETRA partners to support, implement and evaluate the PEI Tobacco Reduction Strategy, and coordinates and monitors the activities that are part of the strategy. PETRA member organizations are responsible for the delivery of the programs. The PEI Quit Smoking Program offered through Addiction Services in the Health Regions has had more than1300 participants since its inception in January 2000.

The Kick the Nic teen cessation program and the prevention-focused Students Working In Tobacco Can Help (SWITCH) Clubs are delivered in Island high schools by the PEI Division of the Canadian Cancer Society, staff in both the Eastern School District and the Western School Board, and public health nurses. A Smoke Free Homes mass media campaign and research initiative was developed with researchers at the University of PEI and numerous community organizations.

Smoke Free Places Act

The *Smoke Free Places Act* received royal assent in the Fall of 2002 and will become effective June 1, 2003. Its purpose is to provide the legislative framework to protect the public and workers from the harmful effects of second-hand smoke by creating smoke-free work and public environments. This progressive piece of legislation – one of the strongest pieces of provincial legislation in Canada – shows government's strong commitment to reduce exposure to second-hand smoke and tobacco use.

Smoke Free Homes Campaign

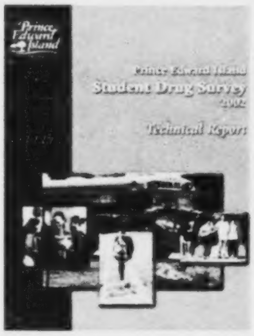
PETRA launched a province-wide mass media campaign in the Fall of 2002 as part of a research project. The research results following the campaign show an increase in the number of homes where children live that have gone smoke-free: 50 per cent as compared to 37 per cent in the previous year.

Smokers' Helpline

In January 2003, a telephone counseling component was added to the comprehensive cessation support available for Islanders who want to stop smoking. This service complements the face-to face smoking cessation counseling offered through Addictions Services. In the first three months of the program, 161 callers accessed the Smokers' Helpline.

PEI Student Drug Survey

A collaborative initiative of the Atlantic provinces, the 2002 Prince Edward Island Student Drug Survey was conducted in May 2002. Participants included 2415 students in junior and senior high schools across the four provinces. The survey describes the extent and patterns of student drug use and associated risk behaviors.



Prince Edward Island's rates of alcohol and tobacco use are similar to those of Nova Scotia and New Brunswick, while our rate of cannabis use is considerably lower. These rates have remained stable over the past four years, with the exception of tobacco use which dropped from 27 per cent of students in 1998 to 18 per cent of students in 2002. This is encouraging news for all PETRA members, who are working together to reduce smoking rates among Island youth. This downward trend in teen tobacco use is echoed in the results of the Canadian Tobacco Use Monitoring Survey conducted by Statistics Canada, which reports the PEI teen (ages 15-19) rate of smoking in 2002 was 19 per cent, a substantial decline from the 1999 figure of 28 per cent.

PEI Stepping Out Program

To help address the high rates of physical inactivity in Prince Edward Island, the Department of Health and Social Services provided funding for the Active Living Alliance of Prince Edward Island to develop and implement the PEI Stepping Out Program. The popular twelve-week program is designed to increase physical activity levels of Islanders by using pedometers to count and increase the number of steps per day, and by providing support through group meetings. The program was launched in November 2002 with the goal of having 500 individuals participate in the program. Over a seven-month period, more than 1500 Islanders participated in more than 20 communities and 15 Island workplaces. A total of 58 community-based programs were offered across the province in both languages, in both rural and urban settings. Volunteers delivered the program and were a key factor in its success. An evaluation of the program is being conducted to assess the process and impact of the program. Results will be available on August 2003.

Cervical Cancer Prevention

A great deal of progress has been made in cervical cancer prevention efforts in PEI this year. The third Pap awareness campaign was launched during Pap Awareness Week in October to remind women that cervical cancer can be prevented by having a Pap test at least every two years. Women continue to have the choice of being screened by a trained nurse at the Pap Clinic, launched in 2001, or by their family physician.

PAP SCREENING *for Life*

The clinic has been successful at providing alternative access to under-screened women. Sixty five per cent of the women attending had their last Pap two or more years ago.

In response to increasing demand for Pap Clinic services, the PEI Pap Clinic was expanded to include out-reach clinics. In 2002-2003, more than 20 outreach clinics were held across the province by a trained nurse. Over 33 per cent of the women screened by the Pap Screening Clinic participated in an outreach clinic.

The Pap Screening Clinic also now provides pap screening to women with disabilities at the Four Neighborhood Health Centre in Charlottetown.

Healthy Child Development

A key strategy for improving the health status of Islanders emphasizes that positive early experiences in children have a long lasting impact on their success in education, ability to form relationships and participate in community life.

Provincial Healthy Child Development Strategy

For our Children, the Healthy Child Development Strategy, gives us a blueprint for government and partners to work together to reach common goals, share information and measure our progress. We are making progress in our efforts for the development of healthy children and families in PEI. It is the collective ownership of this strategy–involving community, business and volunteer sectors, as well as parents and families–that will ensure its continued success. In 2002/03 many partnerships that existed between organizations with similar goals were strengthened.

In November 2002, the Premier's Council on Healthy Child Development sponsored the second annual Think Tank. Input from the Think Tank was combined with the input from the Children's Secretariat and the Children's Working Group Networks to produce the Healthy Child Development Action Plan for 2003/04.

Healthy Child Development Action Plan

The Children's Working Group developed an Action Plan for 2002/2003. The Plan includes three components: Supporting Children and Families, Building Capacity and Sustainability, and Profiling the Strategy. PEI Partnerships for Children is an example of an item recommended in the HCD Action Plan for 2002/2003.

Government's response to the HCD Action Plan 2001/02 included:

Partnerships for Children:

The PEI Partnerships for Children initiative provided funding of $110,000 to Children's Working Groups for projects that support children and families. The networks support the key areas for action of the PEI Healthy Child Development Strategy.

In 2002, Partnerships for Children supported a range of activities, including social marketing and public awareness, the development of a salary grid for early childhood educators, programs for children, and workshops and conferences for parents. Initiatives addressed prenatal education, social skills for children with exceptional needs, children's mental health, active living, literacy, use of car seats and booster seats, and information for parents to support their children during the transition from early childhood to the school system.

Measuring Improving Kids Environments (MIKE Program):

MIKE is a joint project of the Department of Health and Social Services and the Early Childhood Development Association. Consultants quantitatively measure indicators of quality in licensed early childhood centres, and then support centres to make targeted and measurable improvements to the quality of education and care being offered.

Measurements are made using the Early Childhood Environmental Rating Scale - Revised version (ECERS-R). This tool is used extensively throughout North America, and is considered to be reliable and valid. Currently, 95 per cent of full day early childhood centres voluntarily participate in MIKE. Pre and post measures demonstrate that centres significantly raised their level of quality by focusing on specific goals and receiving support to reach their targets. With this baseline data, PEI is now the only province with province wide reliable quantitative data to measure and monitor quality in early childhood programs.

Speech Language Pathology Services:

Language/communication skill is one of the measures of readiness to learn and has major effects on success in school. The Healthy Child Development Strategy is monitoring indicators in these areas.

The Department of Health and Social Services and the Department of Education are working together to develop a comprehensive long-term plan for speech language services using creative initiatives. These initiatives include a PEI bursary program and the provincial expansion of the Little Expressions Means a Lot program, providing community capacity, support and training to individuals who work with young children.

Pre-School Autism Early Intervention Program

PEI has integrated its Pre-School Autism Early Intervention Program into the Disability Support Program. The treatment for Autism Spectrum Disorder requires integration of a number of services, including medical, family, preschool programs, training of in-home workers, parents, and speech and occupational therapists. Individual treatment plans are developed based on developmental curriculum. Teaching methods adhere to the applied behavioural analysis treatment model. Treatment plans are supported by staff and parental training, an autism intervention specialist, pediatric, psychological and therapeutic support services.

The program has hired two Pre-School Autism Specialists to work with the Early Intervention Coordinator to meet the needs of children with autism and their families.

Access to Services

The success of this strategy, improving access to services, relies on our ability as a health system to embrace innovation in service delivery to increase the impact of our services on the health and well being of citizens and to improve the quality of those services.

Canada-PEI Affordable Housing Agreement

This Federal/Provincial Agreement will provide incentive funding to increase the number of housing units that are available to target populations at affordable prices. This program is *not* the same as the social housing programs currently operated by the Department of Health and Social Services in Prince Edward Island. Current social housing programs have rent subsidies which enable units to be rented to low income Islanders based on a percentage of their income. Units built under the Canada-PEI Affordable Housing Agreement will be rented to low to moderate income Islanders at affordable rents, adding a new level of housing options to the rental landscape on PEI.

Honorable Wayne Easter, MP Malpeque; Hon.Steven W. Mahoney, Secretary of State Responsible for Canada Mortgage and Housing Corporation; and Hon. Jamie Ballem sign the Federal/Provincial Affordable Housing Agreement.

Through this agreement, individuals, communities and the private sector will have the opportunity to consider construction, acquisition, renovation, rehabilitation, and/or conversion as affordable housing options. All projects funded will be required to create a minimum of five additional housing units, maintain affordable rents for at least ten years and rent to Islanders of low to moderate incomes. Projects and/or proposals will be funded based on identified priority needs of families; persons with special needs, such as survivors of traumatic brain and spinal cord injuries; persons experiencing serious and persistent mental illness; and persons with disabilities in Island communities.

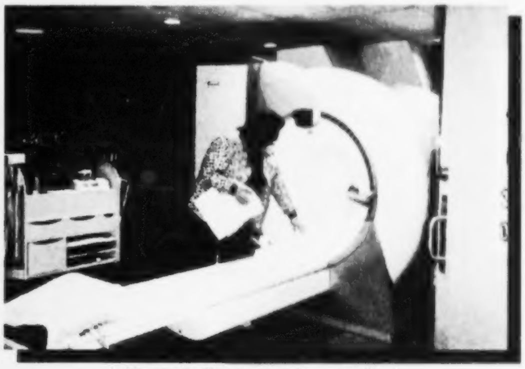
At this time negotiations are being finalized. We anticipate signing the new Canada-PEI Affordable Housing Agreement in the Spring of 2003.

MRI Services and Expanded Cancer Treatment Centre

Significant work was completed in preparation for expanded cancer treatment services through the addition of a linear accelerator, and expanded diagnostic imaging services, the addition of MRI Services in the province. Installation of the new services and equipment require the addition of a 15,000 square foot expansion to the Queen Elizabeth Hospital, as well as major renovations to the Provincial Cancer Treatment Centre and the Diagnostic Imaging Department at a total cost of $12 million.

Site work was completed, including new highway access to the hospital and signalized intersection. Building construction is also complete. More than 20 new full-time equivalent positions will be created.

The purchase of the linear accelerator at $3 million and the MRI at $2.5 million is the largest one-time investment ever made in health technology by our province. With the new equipment, Islanders will have access to some of today's most advanced medical diagnosis and cancer treatment services.



Magnetic Resonance Imaging Unit

Linear Accelerator

French Language Services

The French Language Service network was established in November 2002 by the Minister responsible for Acadian and Francophone Affairs and the Minister of Health and Social Services who agreed that the most appropriate means for Health and Social Services to prepare for the proclamation of the *French Language Service Act* was to create a joint government-community network dedicated to the task of proposing practical solutions for the delivery of French-language health and social services in P.E.I. This network will ensure the sharing of information between the health system and the Acadian and Francophone community. The network will also establish working groups dedicated to the task of developing strategies to increase access to French-language health and social services.

The following health services are available in French to the Acadian and Francophone community to a limited degree in certain regions: public health, speech therapy, home care, mental health/addiction, residential care, social services, occupational therapy, medicine, nutrition services, nursing services within hospital institutions, and public dental health. Also, signage at the QEH and the new Prince County Hospital has been produced in both official languages.

Both the Department Health and Social Services and the West Prince Health Region have had a French Language Service Coordinator on staff since early 2003 to provide advice and support in the implementation of the French-language health services.

Change of Name Act Amendments

It is important to have accurate identification for a variety of reasons. Your birth certificate is the primary foundation document needed to obtain other identity documents or services such as a passport, driver's license or medical coverage. Recent amendments to the *Change of Name Act* make it easier and less costly for Islanders to change their name.

In the past, the cost to have a name changed ranged from $500 to $1500. Under the new regulations, this cost will be reduced to about $160, and less for additional family members. People often apply for a name change following a marriage when a parent wishes a child to assume a new surname. People from other countries often wish to Canadianize their name after becoming Canadian citizens. There are also many cases where people realize the name they have used all their life is different from the one that was officially registered at birth. A change of name is required to change the name on a birth certificate to reflect the preferred name.

Primary Health Care Redesign

Primary health care is based on a comprehensive and holistic definition of health that recognizes the social, environmental, and economic factors that influence health. Primary health care is both a philosophy and an approach to health care based on the principles of accessibility, public participation, health promotion, illness prevention, appropriate technology and intersectoral collaboration.

The Department of Health and Social Services has received a commitment of $6.5 million in Primary Health Care Transition Funding from Health Canada to support transitional costs for changes to the primary health care system.

Primary health care redesign is being undertaken to help address major issues that are confronting the health system and challenging future sustainability. These issues include health human resource shortages, increasing demand for health care services, rising health care costs, high rates of chronic disease and the rapid development of new technologies and drugs.

Through primary health care redesign, the health system is working to improve access to health services, promote health and wellness, and to strengthen community services which prevent, reduce and manage illness. The Healthy Living Strategy is also partially supported through the primary health care redesign initiative.

Family Health Centres

Family health centres bring together three or more physicians, registered nurses and other health providers working collaboratively with shared responsibility for patient/client outcomes based on assessed health care needs. Each provider practices to their maximum skill and competency level based on their education and experience. A defined set of services are provided with an emphasis on diagnosis and treatment, health promotion, illness prevention, and chronic disease management. Patients/clients register with the family health centre, have access to extended hours of service wherever possible, and continue to see the physician of their choice or other providers depending on their presenting needs. Continuity and quality of care are enhanced in this interdisciplinary and collaborative environment, which is supported by improved technology.

To date, the following four family health centres have been established:

- **Four Neighbourhoods Community Health Centre**
  – Queens Health Region, Charlottetown

The Four Neighbourhoods Community Health Centre consists of a team of healthcare providers and support staff. A manager, two physicians, one nurse and support staff were already in place at the previous location for clinical services, as well as a community developer, a program facilitator, a coordinator and support staff for community-based programs. The physician and nurse complement has since been increased and a part-time mental health worker and dietician added to the team.

- **Beechwood Family Health Centre**
  – West Prince Health Region, O'Leary

An existing physician practice has been developed to accommodate the team manager, three physicians, a physician who was practicing in the community, and support staff. Two nurses have been hired and other professionals from the health region will become associated with the centre in the near future. The family physicians, nurses and other health care providers are working together to deliver more comprehensive services for patients, including services such as improved screening, wellness promotion and illness prevention.

- **Central Queens Family Health Centre**
  – Queens Health Region, Hunter River

A site has been developed to provide suitable work space for the manager, four physicians, nurses and support staff. Public health services are available monthly and mental health services are available at the centre one day a week. Public health nursing has been introduced and part-time physician services have also begun at a satellite site in the Rustico area.

- ## Eastern Kings Family Health Centre
  ### – Kings Health Region, Souris

The centre is located in the local hospital. Plans are underway to expand and renovate the centre in order to provide suitable work space for the team of physicians and nurses. Public health nursing, diabetes education, home care and housing are co-located at the health centre, enhancing opportunities for collaboration.

Integrated Palliative Care

The Regional Integrated Palliative Care Program is aimed at enhancing client/family options for palliative care through appropriate access to trained, qualified health care teams in the home, long term care, and the hospital. Education for both front line staff and resource teams is a necessary component of the palliative care strategy to enable teams to deliver quality services. Training for staff has already begun.

Construction of Prince Country Hospital

The Prince County Hospital is one of the largest government investments in the provision of health care in Prince Edward Island's history The construction of the facility reflects government's commitment to providing quality services while investing in Island communities.

This facility will play a key role in the provision of provincial acute care services within the new Provincial Health Services Authority The new Prince County Hospital will provide a client-centered environment. Throughout the facility health care professionals will provide high quality care in an atmosphere the fosters patient dignity and respect for privacy The facility will also provide a wide range of ambulatory and short-term care services.

Prince County Hospital

Minister Ballem; Kay Lewis, Executive Director of Prince County Hospital; Hon. Greg Deighan, MLA Wilmot-Summerside; Premier Binns; and Helen MacDonald, MLA St. Eleanors-Summerside at the unveiling of the cornerstone at the new Prince County Hospital.

To date, the Prince County Hospital Foundation fund raising campaign exceeded its goal of $12.5 million, raising more than $12.7 million. The hospital will have new diagnostic imaging equipment including x-ray machines, a CT scanner, new cardiac monitors, new SPD (sterilizing) equipment, a considerable amount of new lab equipment, new food preparation and serving equipment and a new patient television system. The move to the new facility is slated for early 2004.

Statistics Canada Report

A report released by Statistics Canada in July 2002 indicates that access to health care services in Prince Edward Island compares favorably to other provinces. PEI scored high in the report in several areas. For example, Islanders reported the shortest median wait times for specialist physician visits in Canada. In PEI, 58 per cent of people waiting for non-emergency surgery reported wait periods of less than a month, compared to only 39.5 per cent across Canada. The percentage of the PEI population who reported they had a regular family doctor was the fourth highest in the country at 93.6 per cent, compared to the Canadian average of 87.7 per cent.

PEI scored slightly lower than other provinces and territories in some areas, such as access to immediate care for minor health problems, particularly during evenings and weekends. The percentage of the PEI population reporting difficulty obtaining health information or advice was also slightly higher than the Canadian average.

The report found that 94.3 per cent of Islanders accessed at least one contact service in 2001, slightly more than the Canadian average of 93.7 per cent.

For the first time, the report makes available detailed information on access to services at the national level. PEI is one of three provinces who paid more to receive representative sample sizes in the survey in order to monitor access to health services. While Islanders continue to enjoy universal access to publicly funded health services, they are concerned about the level of accessibility of services. This report, which is rich in information, tells us how we compare now, and it will continue to be of value as an evidence base to assist us in developing policy to improve access and monitor changes.

There are several programs now in development to address issues identified in the report. As part of our primary care redesign initiative, family health centres will offer access to multi-disciplinary primary care teams and extended hours of service. This will help to increase access to 24/7 first contact services for immediate care for minor problems, and for health information and advice.

Although the report indicates that P.E.I.'s wait lists for diagnostic tests were very favorable in most areas, the number of Islanders waiting longer than three months for non-emergency MRIs, CT Scans and angiographies was higher than the average. These service levels are expected to improve when MRI services become available at the Queen Elizabeth Hospital and access to a second CT Scanner is provided at the new Prince County Hospital.

The report *Access to Health Care Services in Canada, 2001* is a mechanism for public reporting and accountability following the First Ministers Agreement in September 2000.

Human Resources

The human resource planning process, aimed at ensuring an adequate supply and the correct mix of professionals to meet the health needs of Islanders, has resulted in several positive initiatives.

Recruitment and Retention

Government is committed to maintaining an adequate supply of health professionals in Prince Edward Island. A number of initiatives have been implemented to meet this challenge.

Active recruitment was carried out throughout the year for a variety of health professionals and additional initiatives were implemented to deal with some of the more difficult to fill positions.

PEI Nursing Recruitment and Retention Strategy

Registered nurses comprise the largest group of health care providers. Maintaining an adequate supply of nurses involves attracting new nurses and retaining existing nurses. The PEI Nursing Recruitment and Retention Strategy contains several initiatives including the sponsorship of Bachelor of Nursing students; providing assistance to RNs who take the refresher program; and providing summer employment to nursing students.

Over the three-year period of April 2000 to March 2003, the Nursing Recruitment and Retention Strategy initiatives resulted in 159 one-year Bachelor of Nursing sponsorship agreements; the provision of relocation assistance to 71 off-Island nurses to work in the PEI health system; 151 placements in the Bachelor of Nursing Summer Employment Program; and reimbursement of the costs of the refresher program coordinated through the Association of Nurses of PEI and Grant MacEwen College for eight registered nurses.

The number of student sponsorships has increased considerably since the inception of the strategy. This is significant to the health system, because sponsored students are required to work in the PEI health system upon graduation one year for each year of sponsorship.

	PEI Nursing Recruitment and Retention Strategy		
	2000/01	2001/02	2002/03
Number of New RN Positions	27	15	-
Number of Student Sponsorships	24	57	78
Number of Rns provided with	27	18	26
Number of Rns provided with	2	4	2
BN Summer Employment Program	28	50	73

* The number of student sponsorships represents the total number of return-in-service agreements.

Radiation Therapists

A sponsorship agreement was put in place for Islanders to receive Radiation Therapy training. One student is scheduled to complete the two year diploma program in December 2003. The Radiation Therapy Program is jointly delivered by the New Brunswick Community College and the Red River College in Manitoba.

Speech Language Pathologists

A new sponsorship program was introduced in November of 2002 to support the recruitment and retention of speech language pathologists. Students entering their second or third year of a Masters Degree in a speech language pathology program may be eligible for tuition assistance of $4,200 per year in return for one year of service on P.E.I. as a speech language pathologist.

The development of additional incentives to recruit speech language pathologists was a recommendation of the Health Human Resource Supply and Demand Analysis conducted in 2001. Demand for this service is increasing for children with language and communication delays and children with special needs. In addition, we have a growing adult population in need of therapeutic services. The new sponsorship program will help make P.E.I. more competitive when attempting to recruit speech language pathologists.

Prior to receiving financial assistance, students sponsored by the program must sign a return-in-service contract with the sponsoring health authority. Prior to employment, they must have graduated from a recognized speech language pathology program and be eligible for registration with the Canadian Association of Speech Language Pathologists and Audiologists.

Collective Agreements

Approximately 90 per cent of employees within the Health and Social Services System belong to one of the following unions:
PEI Nurses Union **(PEINU - 22 per cent)**
Union of Public Sector Employees Health **(UPSE Health - 33 per cent)**
Canadian Union of Public Employees **(CUPE - 19 per cent)**
International Union of Operating Engineers **(IUOE - 16 per cent)**

The PEI Nurses Union collective agreement was signed on September 16, 2002 and is in effect from April 1, 2002 to March 31, 2005.

The current collective agreements for both the Union of Public Sector Employees and the International Union of Public Employees expired on March 31, 2003.

Health Information Technology

Services provided to Islanders are improved by providing quality information to health care providers. Accurate and reliable health information assists Islanders to take more control over and improve their health.

Integrated Services Management System

The Integrated Services Management System allows for Health and Social Services service providers to securely access, document and manage client service information electronically. This application allows access by service providers to information that will enable them to effectively manage service delivery and share information , where appropriate, on the delivery of service to their clients. Improved service information will allow for improved client service outcomes, worker supervision, manager monitoring, and system tracking of health outcomes for management, planning and research purposes. This application will span all community based health and social services within the province. This application has been implemented into Diabetes Services and Home Care Services during the 2002/ 2003 fiscal year.

Picture Archival & Communications System (PACS)

This system allows for the electronic transfer of digital images among hospitals both provincially and interprovincially within the Atlantic Provinces. Through the deployment of computer radiographic readers and film digitizes, diagnostic images can be originally created in digital format. Once digitized , this information can be transmitted over communications networks from one location to another. This tele-radiology component facilitates remote consultations as well as better utilization of radiology professionals and other specialists. To better manage, store, retrieve, share and integrate radiology information and reports archiving technologies have been deployed.

Common Client Registry

The Common Client Registry (CCR) will be the main client demographic database for the provincial health system. It will store the core demographic attributes such as name, address, date of birth, eligibilities, and health number. The CCR will provide information on client demographics throughout the Health and Social Services System.

Children's Dental System

The Children's Dental System is an application that maintains a record of all services provided through the Children's Dental Program. This application has been introduced as a new module of the Integrated Claims System .

West Nile Virus Website Information

West Nile Virus has been found in birds, humans, and some other mammals in Africa, Eastern Europe, and Asia for several decades. The virus was first identified in North America in 1999 when an outbreak was diagnosed in birds and humans in New York City. Since then, the virus has spread across most of the United States and into several provinces in Canada. Last year, three birds in Nova Scotia were found to carry the virus.

The West Nile Virus part of the department's website, which can be found at www.gov.pe.ca/westnile, provides information on the virus, reducing breeding areas, risk factors and personal protection.

Partnerships to Address the Determinants of Health

The development and strengthening of partnerships is key to assisting the Health and Social Services System achieve positive impacts on the health and well being of Islanders.

Healthy Living Strategy partners include:

The Prince Edward Island Tobacco Reduction Alliance; the Active Living Alliance; the Healthy Eating Alliance; the provincial Departments of Health and Social Services, Education, Community and Cultural Affairs, and the Office of the Attorney General; the regional health authorities; the Canadian Diabetes Association; the P.E.I. Division of Canadian Cancer Society; the Heart and Stroke Foundation of P.E.I.; the Western School Board and Eastern School District; the P.E.I. Federation of Municipalities; the P.E.I. Recreation Facilities Association; and other community-based groups.

Prince Edward Island Tobacco Reduction Alliance partners include:

The P.E.I. Division of the Canadian Cancer Society; the P.E.I. Lung Association; the provincial Departments of Education, and Health and Social Services; the Early Childhood Development Association of P.E.I.; the Evangeline Community Health Centre; the regional health authorities; the Federation of P.E.I. Municipalities; Health Canada; the Heart and Stroke Foundation of P.E.I.; Holland College; the Medical Society of P.E.I.; the P.E.I. Home and School Association; the Eastern School District and the Western School Board.

Active Living Alliance partners include:

The Department of Health and Social Services and the Department of Community and Cultural Affairs, The P.E.I. Recreation & Sports Association for the Physically Challenged; the P.E.I. School Athletics Association; the P.E.I. Lung Association; the P.E.I. Physical Education Association; the P.E.I. Senior Citizens Federation; the P.E.I. Special Olympics; the RCMP; Scouts Canada (P.E.I. Council); Sport P.E.I.; the Arthritis Society; the Women's Institute, and the Worker's Compensation Board.

Autism Strategy partners include:

The Provincial Autism Committee, which includes parents; staff of the regional health authorities, the Departments of Health and Social Services and Education, pediatrics, Mental health, school boards, the P.E.I. Autism Society, P.E.I. Association for Community Living and other community-based organizations.

Healthy Child Development partners include:

Core staff in the Department of Health and Social Services; representatives from the provincial departments of Education, Community and Cultural Affairs, Development and Technology and the Office of the Attorney General; members of the Premiers Council on Healthy Child Development; and community representatives including the Early Childhood Development Association, Family Resource Centers, Literacy Alliance, Breast Feeding Coalition, Children's Mental Health Coalition, Women's Network, Association for Community living, Premiers Action Council on Family Violence, the R.C.M.P., U.P.E.I. and Health Canada.

Healthy Eating Alliance partners include:

The provincial departments of Health and Social Services, Education, Agriculture and Community and Cultural Affairs; and community representatives including the University of Prince Edward Island; Cancer Society; school boards/ Home and School Federation; Health Regions; Medical Society; Association of Nurses of PEI; Queen Elizabeth Hospital; Heart and Stroke Foundation; PEI School Milk Foundation; Dieticians of PEI; Active Living Alliance; CBC; Canadian Red Cross; School Breakfast Programs; PEI Home Economics Association; Chartwells International; and parents.

Health System Results

In its five-year strategic plan, the Department of Health and Social Services has set six goals, built around areas of our health system that required attention:

1. Improve health status
2. Increase personal responsibility for health
3. Improve sustainability in the system
4. Improve public confidence in the system
5. Improve workplace wellness and staff morale
6. Maintain other results at current levels

Many of these areas are based on long-term strategies, and behavioural and societal shifts that cannot be measured on an annual basis. In this report, we will present the indicator information for the first three goals listed above. The first speaks to Islanders' health status, the second to efforts directed at encouraging and assisting our population as they take greater responsibility for their health, and the third to health service sustainability in Prince Edward Island.

Regarding goal 4, improve public confidence in the system, and goal 5, improve workplace wellness and staff morale, results were reported in the 2001/2002 Annual Report and will be reported again in future reports as data becomes available.

The first two goals, improving the health status of Islanders and increasing personal responsibility for health, fit into a broader shift in health service provision. There is little doubt that the Canadian health system is moving from a model of disease control to one which safeguards well-being. Important work in recent years has shed light on how the well-being of our society is linked to how well individual members take care of themselves.

The third goal of improving sustainability in the system speaks to the balance between providing critical services and managing a system that is efficient and cost-conscious. Providing services for our population is a key element in achieving the goal of improving the health status of Islanders. At issue is making sure the system will be able to sustain itself so it will be able to maintain and improve the health of future generations of Islanders as well: our children and our children's children.

Goal 1: Improve the Health Status of Islanders

A large proportion of Islanders polled in 2000/01 felt their overall health was "excellent" or "very good", a higher proportion of positive self-reported health than in the rest of Canada. But as the PEI Strategy for Healthy Living has noted, this is contradicted by health indicator data, which reveal significant challenges. To highlight and discuss these challenges, this annual report presents important data and significant trends in population health derived from several health indicators.

This report presents information on the incidence, prevalence and mortality rates associated with major acute and chronic illnesses and then looks at the lifestyle-related risks associated with these conditions. Looking at disease in light of lifestyle will show how we can create a healthier society.

Length and Quality of Life on the Island

Prince Edward Islanders can expect to live, on average, about 79 years.

The life expectancy for women is 81.7 years, 5.5 years longer than the average Island man, who can expect to live to 76.2. The male population on Prince Edward Island has made significant gains over the past two decades–in the 1970s the difference between women and men was almost 10 years.

What is the quality of life Islanders can expect over the course of these 79 years? Disability-Free Life Expectancy (DFLE) is an indicator developed to measure the number of years an individual can expect to live in good health without a "moderate or severe disability" or activity limitation.

The most current DFLE (1996) shows that Islanders can expect to live about 10 years with a moderate or severe disability at the end of their lives. Although women can expect to live slightly longer than men, the data shows they live longer with a moderate or severe disability as well, almost 5 "disabled years" longer than their male counterparts.

Major Health Concerns for Islanders

Several acute and chronic conditions pose major health problems for the general adult population in Prince Edward Island, especially cancer, diabetes, heart attack and stroke.

Cancer:

Between 1989 and 1999, Prince Edward Island had the second highest incidence rate and the third highest mortality rate of cancer among all Canadian provinces.

There are many types of cancer, but the most common forms are cancer of the lung, colon/rectum, breast and prostate. The following table examines the average incidence and mortality rates for the second half of the 1990s, the last 5-year period for which we have confirmed and available data.

	Average Incidence Rate, 1994-1999 (per 100, 000 population)			Average Mortality Rate, 1994-1999 (per 100, 000 population)		
	Canada Incidence Rate	PEI Incidence rate	Provincial Rank for PEI (highest incidence =1)	Canada Mortality Rate	PEI Mortality Rate	Provincial Rank for PEI (highest mortality =1)
Lung	63.18	**70.83**	3	53.22	**59.34**	3
Colorectal	52.24	**58.1**	4	24.92	**27.68**	4
Prostate*	115.23	**137.97**	1	29.64	**34.88**	1
Breast**	99.99	**102.56**	3	27.79	**27.58**	6

*male population only
**female population only, although a small number of men each year are diagnosed with breast cancer.

Both the incidence and mortality average rates for all four of these cancers were higher for PEI than the average rates for Canada.

Cancer Trends

Lung Cancer is the leading cause of cancer death in Prince Edward Island. Traditionally, the incidence of lung cancer among men has been twice that for women, but this is no longer the case. The incidence and mortality rates among women have seen a steady rise since 1989 and this gap has closed quickly in recent years.

The Canadian Cancer Society estimated that 115 Islanders (65 men and 50 women) were newly diagnosed with lung cancer in 2002 and 105 Islanders (55 men and 50 women) died of it.

Colorectal Cancer rates show a higher incidence among Island men as compared to women. This rate among men increased at a rate of about 20/100,000 per year over the 1990s, whereas the rate of this cancer among women has remained steady.

The Canadian Cancer Society estimated that 100 Islanders (50 men and 50 women) were newly diagnosed with colorectal cancer in 2002, and 30 Islanders (15 men and 15 women) died of it.

Prostate Cancer is the most frequently occurring cancer in men on Prince Edward Island. As seen, P.E.I. had the highest incidence and mortality rates for Prostate Cancer in the country for the period 1994-1999. The growing rate of prostate cancer incidence could be due to better screening techniques and early detection.

Prostate Cancer is a disease of older men; 80% of prostate cancer cases in Canada were diagnosed in men aged 65 and over. The mortality rate from prostate cancer is comparable to that for breast cancer, even though the prostate cancer incidence rate is higher. This is because prostate cancer is relatively slow-growing and many men diagnosed with it die of other causes first.

Breast Cancer is the most frequently occurring cancer among women on Prince Edward Island. With Breast Cancer, the incidence rate has seen an increase in recent years, as have the mortality rates. Breast Cancer often strikes women in the middle years of their lives. In addition, a diagnosis of breast cancer is more likely to result in death than a diagnosis of prostate cancer.

The Canadian Cancer Society estimated that 100 men were newly diagnosed with prostate cancer and 90 women with breast cancer in 2002; 25 men died of prostate cancer and 25 women died of breast cancer that year.

Diabetes:

The prevalence of diabetes is 5.1 per cent of the Island population, which is close to the prevalence for all of Canada, at 5.0 per cent.

The prevalence of diabetes was slightly higher in men than women in both Canada and PEI, and the prevalence was higher in older age groups. For example, in PEI the 1999-2000 rate for men age 40-49 was 3.3 per cent, while the rate for men age 75-79 was almost 6 times higher, at 17.7 per cent. About 90 per cent of these cases were "Type Two" *diabetes mellitus*.

Diabetes Trends

The incidence of diabetes is growing in recent years. Whereas the 1997/98 prevalence of diabetes was 3.9 per cent of the Island population, in 2000, the prevalence of this condition was up to 4.6 per cent.

Cardiovascular Disease:

Cardiovascular disease is the overall leading cause of death, disability, and illness in Canada and in Prince Edward Island. Cardiovascular disease includes the two main categories of heart disease (which includes heart attack) and cerebrovascular disease (which includes stroke).

	Heart Attack and Stroke Average Mortality Rates, 1989-1999		
	Canada	**PEI**	**Provincial Rank for PEI (highest = 1)**
Heart attack	78.96	**91.49**	3
Stroke	43.13	**45.48**	2

1. The mortality rates from heart attack and stroke in Prince Edward Island were consistently higher than the national average between 1989 and 1999.

2. Over this period, the Island had the third highest rate of heart attack deaths among provinces, and the second highest rate of death due to stroke.

Trends for Heart Attack and Stroke

The rate of deaths due to stroke has declined over the past 20 years. In 1999, for instance, there were approximately 25/100,000 fewer deaths on P.E.I. than in 1979. The stroke mortality rate was significantly higher for men than for women by an average of about 13/100,000 throughout this period.

There has been a dramatic decline in male deaths due to heart attack since 1979. That year, the mortality rate for men was 252/100, 000 population. By 1999, this rate had dropped a full two-thirds to a rate of 70. Similarly, the death rate for women has fallen by one half, from 74 in 1979 to achieve a rate of 33/100,000 in 1999.

Why have we been so successful in bringing down these mortality rates in the last two decades?

According to a recent World Health Organization analysis of this falling mortality rate for heart attack in 21 countries, better coronary care was responsible for 72 per cent of the reduction of the heart disease-related mortality rate seen in men and 56 per cent of the reduction in the mortality rate in women. The report also indicates that the drop in heart attack rates (especially for the female population) is in large part due to a decline in the rates of smoking since 1979.

The question then becomes how much more progress we can make by further improving our modifiable risk factors?

Goal 2: Increase Personal Responsibility for Health

Risk Factors and Health

There are many factors which contribute to disease. Some risk factors are modifiable, which means that they are within a person's control to change the level of risk. This goal is to encourage people: to be aware of the risk factors, to be aware of the relationship between the risk factors and illness, and to recognize that lowering the level of risk will impact on improved health. The greater the success we have in lowering various risk factors, the more improved our overall health status will be for Islanders.

A person's sex, family history and age are three common non-modifiable risk factors. There are four significant risk factors that are modifiable because they are personal practices and lifestyle choices. Smoking and tobacco use, physical inactivity, high body weight and low fruit and vegetable consumption can have a dramatic impact on an individual's ability to protect their health from chronic conditions such as cancer, diabetes, heart attack and stroke.

Based on reported research findings reviewed and highlighted by Health Canada, the chart below indicates which risk factors are associated with the various conditions.

	Some Risk Factors for Diabetes, 4 Cancers, Heart Attack and Stroke			
	Risk Factors			
	Smoking	**Physical Activity**	**Body Weight**	**Food Consumption**
Diabetes		✔	✔	✔
Heart attack	✔	✔	✔	✔(p)
Stroke	✔	✔	✔	✔(p)
Lung cancer	✔			✔
Colorectal cancer	✔	✔		✔
Breast cancer	✔(p)	✔	✔	✔(p)
Prostate cancer	*Cause of prostate cancer is unkown;* with the possible exception of animal fat consumption, no known modifiable risk factors have been identified.			
(p) = possible risk factor				

Physical Activity Rates, Rates of Overweight and Obesity, and Fruit and Vegetable consumption have been reported in many recent publications put forth by the Department of Health and Social Services.

These three indicators are taken from the Canadian Community Health Survey (CCHS), an important recent initiative of Statistics Canada. The data is all self-reported information from 2000/2001, which compares a variety of indicators related to personal practices and lifestyle choices.

The findings are worth reviewing here because the data reveals key areas where individual islanders can improve and 'take ownership" of their health. A review is also timely because another survey cycle is currently underway. These findings will be available for the 2003/2004 annual report.

Physical Inactivity Rates:

Physical activity is associated with major heart health and psychological health benefits. It also tends to reduce the risk of cancer, diabetes, colorectal cancer as well as many other conditions such as osteoporosis and lower back pain. Inactivity, on the other hand, is a major risk factor for such conditions.

Prince Edward Island has higher reported rates of physical inactivity, at 52 per cent, than the Canadian average of 49.1 per cent.

- Approximately 60 per cent of Islanders over the age of 35 were physically inactive.
- The rate of inactivity increased with the older age groups.
- The survey also showed that women were less physically active than men. In the teenage and elder population, women were more than twice as likely to report sedentary lifestyles.

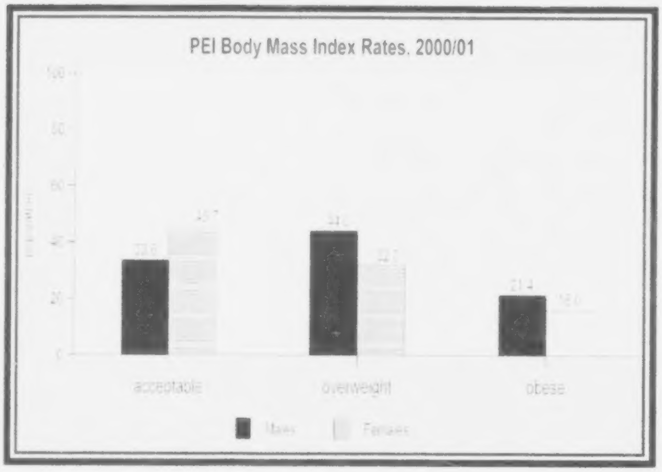
Body Mass Index:

Body Mass Index (BMI) is a method of determining healthy body weight. A BMI above the healthy weight range (greater than 25) puts one at risk for a variety of conditions, including diabetes, heart attack, stroke and many cancers. Body weight is not a personal health practice, but most often an outcome of health practices around eating habits and rates of exercise. Body weight can also be influenced by the availability and cost of healthy foods, and biological susceptibility. Body weight is modifiable for most people, and is a key indicator of overall health. It is nonetheless largely determined by eating habits and level of physical activity.

The rate of individuals who were overweight and obese in Prince Edward Island in 2000/01 is higher than the rate for all of Canada. The rate is 56.8 per cent.

- On Prince Edward Island, a higher number of men were surveyed in 2000/01 who were overweight or obese than women.

- A substantial majority of men (65 per cent) on Prince Edward Island reported being either overweight or obese. Women were not far behind at 48 per cent.

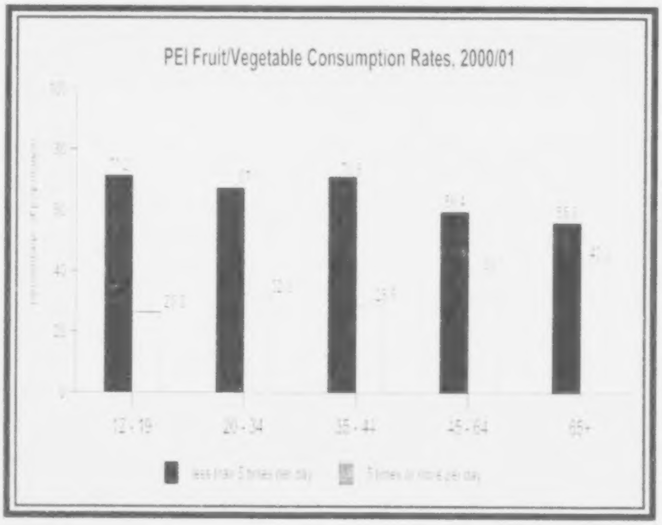


Fruit and Vegetable Consumption:

Poor dietary habits are linked to some of the major causes of death, including cancer and coronary heart disease. Five servings of fruits and vegetables per day is the minimum required by the Canada Food Guide. Well over half of Prince Edward Islanders, 64.5 per cent of our population 12 and older, do not eat enough fruit and vegetables.

- The great majority of Islanders from teenage years through to mature adulthood did not consume enough fruits and vegetables as recommended by the Canada Food Guide.

- Consumption of fruits and vegetables was higher in older populations than younger. However, in all age groups, people who ate enough fruits and vegetables belong to the minority of Islanders.

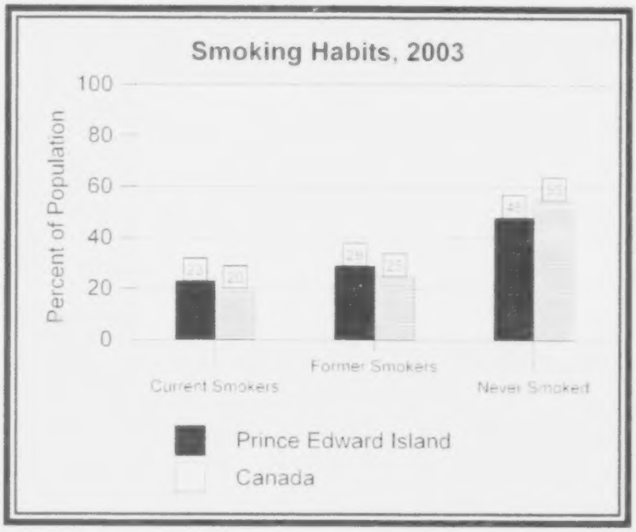


Smoking Rates:

Among all modifiable causes of disease, tobacco use is the one for which there is most recent data. Surveys conducted by the Canadian Tobacco Use Monitoring System (CTUMS) follow smoking habits and rates across the country, because it is widely recognized that tobacco use is the leading cause of preventable illness and death in Canada.

- The rate of smokers in the population of Prince Edward Island is higher than for Canada.

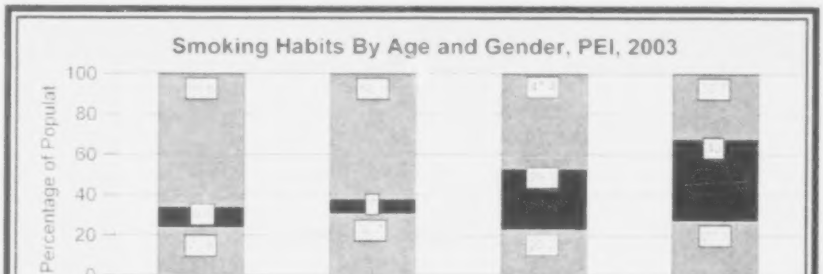
- The rate of former smokers for Prince Edward Island is also higher than for Canada. While evidence of past lifestyle risk, this statistic also points toward a commitment to lifestyle improvement in Prince Edward Island, and so is not a wholly negative finding.



How do these findings break down across the general population? The above chart indicates that a higher proportion of men than women smoke, in both the young and mature age groups surveyed.

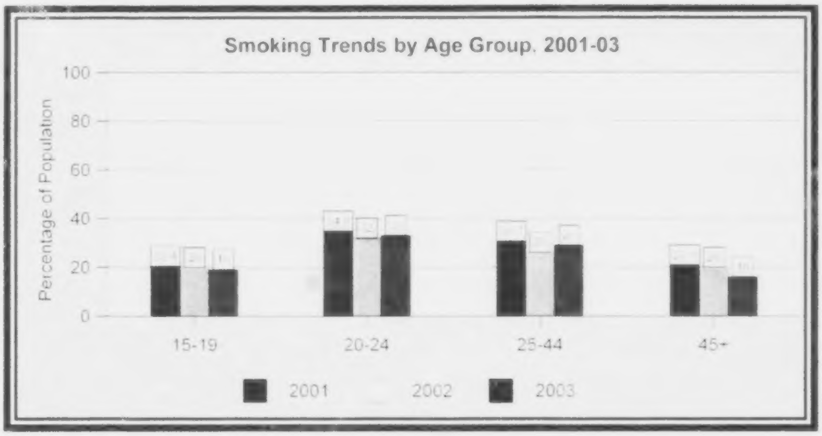
A majority of both women and men age 25 and older are or have been smokers at some point in their lives. Of those with a smoking history, the majority have quit. The gender difference is wider in younger groups of smokers on PEI, and more young women than young men have quit.

In addition to the findings above, CTUMS data shows that the heaviest smokers are young men in the 25 and older age category. Of this group of smokers, consumption averages around 20 cigarettes per day. Female teen smokers are at the lower end of the tobacco consumption scale, at just over 12.



Smoking Trends

While CTUMS surveys show a higher proportion of the Island population are smokers than the rates for the rest of Canada, this is not a static picture. The encourage news is that recent trends derived from the last three years of CTUMS data point toward clear successes in anti-smoking campaigns and initiatives.



- Teen smoking is still a concern, but the proportion of teenagers who smoke has decreased by almost one percent in the last three years.
    - This may in part be due to a 3% drop in the number of young men aged 15 to 24 who smoke. This is the group reporting heaviest cigarette consumption, so this decrease is significant.
    - Unfortunately, the proportion of smokers among young women aged 15 to 24 has ***not*** changed over three years, and even increased slightly by 0.2%

- The largest drop has occurred in the age group 45 years and older, which has seen a 4% drop in the proportion of smokers.

Decreased Consumption

While there is no substitute for quitting altogether, even a decrease in the number of cigarettes smoked may have some health benefits. Data captured in this survey has shown that the number of cigarettes consumed per day has dropped over the past two years across all genders and age groups. This decrease in daily tobacco use is most significant in the 20-24 age group. In 2001, smokers in this age group were consuming 15.8 cigarettes per day. By 2003, this had dropped to 13.5.

Goal 3: To Improve the Sustainability of the System

In 2002/03, total provincial government spending on Health and Social services was $410.2 million. This represents 10.9% of the gross provincial product (GPP) for the last fiscal year.

	PEI Health and Social Services System Program Expenditures, 00/01 to 02/03 *in current dollars*		
	2000/01	**2001/02**	**2002/03**
Health Care Expenditures	$ 257.3 M	$ 294.0 M	$ 328.6 M
Social Services Expenditures	$ 77.0 M	$ 76.6 M	$ 81.6 M
Total System Expenditures	**$ 334.3 M**	**$ 370.6 M**	**$ 410.2 M**

Source: PEI Department of Health and Social Services, Finance and Administration, 2003.

There has been a 10.9% increase in Health and Social Service system spending between 2000/01 and a 2001/02 and a 10.6% increase in spending between 2001/02 and 2002/03. A large portion of these increases can be attributed to the capital costs incurred as a result of construction of the new Prince County Hospital.

What does the system spend per capita on the Island population?

	PEI Health and Social Services costs per capita, 00/01 to 02/03 *in current dollars*		
	2000/01	**2001/02**	**2002/03**
Health Care Cost Per Capita	$ 1,863	$ 2,150	$ 2,399
Social Services Cost Per Capita	$ 564	$ 560	$596
Total System Cost Per Capita	**$ 2,427**	**$ 2,710**	**$ 2,995**

Source: PEI Department of Health and Social Services, Finance and Administration, 2003.

In 2002/03, the average cost per capita for provincial government spending for health and social services in PEI was $ 2,995. Comparative health care data reported by the Canadian Institute of Health Information (CIHI) for 2002/03 indicated that the Canadian cost per capita average is $2,333 and therefore, PEI ranked as the 5th highest of 10 provinces.

Health Professionals

The number of health professionals in a population is an indicator of how adequately the population is being served by the system. Monitoring this number falls to several bodies, but the data given here is from the Canadian Institute for Health Information (CIHI) *Health Indicators* report, 2003.

	Health Professionals, rate per 100, 000 population, 2001	
	Canada	PEI
Registered Nurses	741	912
Licensed Practical Nurses	236	458
General/Family Physicians	95	83
Specialist Physicians	93	54
Pharmacists	82	94
Dentists	56	44
Physiotherapists	46	36
Dental Hygienists	49	33
Chiropractors	18	5
Dieticians	22	37

Source: CIHI, *Health Indicators*, 2003.
The data on psychologists was not included in the 2003 report.
The data on optometrists in PEI was suppressed due to the small sample size.

The rates of health professionals in the province of Prince Edward Island varied in 2001.

- The rate of Registered Nurses, Licensed Practical Nurses, Pharmacists and Dieticians was higher than the national rates in 2001.

- The rate of licensed practical nurses per 100, 000 on Prince Edward Island was almost 2 times the national rate. Similarly, the rate of dieticians in PEI was approximately 1.7 times as many as the rate for all of Canada.

- With other professional groups the rates per population were lower than for Canada as a whole. We have a lower rate per population of general practitioners and specialist physicians than Canada, as well as dentists, dental hygienists and chiropractors.

Regarding lower rates of general practitioners and specialist physicians, it is important to acknowledge that, because of our small area and population size PEI cannot support the array of services that are found in other areas of Canada, particularly urban areas. For example, some communities, such as Halifax, have medical schools and benefit from having a concentration of practitioners and specialists. As well, PEI's small size means that PEI physicians can service multiple areas of the province and there is no need for duplication of these professionals across the province. PEI's close proximity to New Brunswick and Nova Scotia make it possible for PEI to use the services of specialists in those provinces. Overall, PEI has an active and successful physician recruitment program and Islanders do have access to the health care services that they need even though they are not always located within the province.

Changes from 2000 to 2001

The rate of general practitioners/family physicians saw an decrease from the last annual report, down 5 per 100, 000 population in 2001 as compared with the rate for 2000. The rate of specialist physicians rose by 1 per 100, 000 population, however, in that period.

The rate of Registered Nurses is up 4 points from 2000, while the rate per population for all of Canada had dropped by almost 10 per 100, 000 between 2000 and 2001. The rates of licensed practical nurses also increased by 7 per 100, 000 population in that period.

Legislative Responsibilities

Legislation administered by the Health and Social Services System for which the Minister of Health and Social Services is responsible:

Adoption Act
Adult Protection Act
Change of Name Act
Child Care Facilities Act
Chiropractic Act
Community Care Facilities and Nursing Homes Act
Consent to Treatment and Health Care Directives Act
Dental Profession Act
Dietitians Act
Dispensing Opticians Act
Donation of Food Act
Drug Cost Assistance Act
Family and Child Services Act
Health and Community Services Act
Health Services Payment Act
Hospital and Diagnostic Services Insurance Act
Hospitals Act
Housing Corporation Act
Human Tissue Donation Act
Licensed Practical Nurses Act
Marriage Act
Medical Act
Mental Health Act
Nurses Act
Occupational Therapists Act
Optometry Act
Pharmacy Act
Physiotherapy Act
Premarital Health Examination Act
Provincial Health Number Act
Psychologists Act
Public Health Act
Rehabilitation of Disabled Persons Act
Smoke-Free Places Act
Social Work Act
Tobacco Sales to Minors Act
Vital Statistics Act
Welfare Assistance Act
White Cane Act

Note:
There are two other statutes that are private member's Bills, not in the Province's Official Consolidation, but are considered to be within the responsibility of the Health and Social Services Ministry:

Dental Technicians Association Act
Funeral Directors and Embalmers Act

Legislative Changes

Acts

- In May 2002, the new *Change of Name Act* was proclaimed, repealing an earlier statute of the same name.
- Assent was given to *An Act to Amend the Welfare Assistance Act*, and for *An Act to Amend the Health and Community Services Act*, but no proclamation as regulations are required.
- In July 2002, several provisions of the *Health Services Payment Act* that had been withheld from proclamation were proclaimed.
- In August 2002, several provisions of the *Hospital and Diagnostic Services Insurance Act* that had been withheld from proclamation were proclaimed.
- In October 2002, the new *Licensed Practical Nurses Act* was proclaimed, repealing the earlier *Licensed Nursing Assistants Act*.
- In December 2002, assent was given to *An Act to Amend the Pharmacy Act* and *An Act to Amend the Child Protection Act*.

Regulations

- In May 2002, regulations under the new *Change of Name Act* were approved.
- In June 2002, an amendment was approved to the regulations under the *Welfare Assistance Act* increasing the healthy child allowance.
- In July 2002, regulations were approved for the following:
    1. regulations under the *Optometry Act*, providing for a change in fees for licenses and renewals
    2. regulations under the *Health Services Payment Act* changing the time frame for submission of claims by physicians from 6 months to 3 months, and adding further provisions about disclosure of information and subrogation there was a further increase to the healthy child allowance under *Welfare Assistance Act* regulations.
- In August 2002, amendments were approved to the regulations under the *Hospital and Diagnostic Services Insurance Act*. The changes addressed disclosure of information, subrogation and a conflict with the *Canada Health Act* concerning outpatient supplies and medications.
- In October 2002, regulations under the new *Licensed Practical Nurses Act* were approved.
- In March 2003, amendments were approved to the Notifiable and Communicable Diseases Regulations under the *Public Health Act*, adding the Norwalk virus and S.A.R.S. to the list of diseases set out in the regulations.

Appendix 'A'
Regional Health Authority Board Members

as at March 31, 2003

West Prince Health Region

Ernest Hudson, Chair
Robbie Thibodeau, Vice Chair
Barry Clohossy
Juanita Gaudet
Harry MacAusland
Donald Stewart
Richard Wightman

East Prince Health Region

Dr. Allen MacLean, Chair
Barry Murray, Vice Chair
Henri Gallant
Doreen Gunn
Blanche Maynard
Melinda Mulligan
Carol Peters
Gertrude Trainor
Elmer Williams

Kings Health Region

Michael Gallant, Chair
Weston Rose, Vice Chair
Tom Carver
Henry Compton
Sherry Kacsmarik
J. Lloyd Soloman
Marian Trowbridge

Queens Health Region

Sylvia Poirier, Chair
Dr. David McKenna, Vice Chair
Kirsten Connor
William Fitzpatrick
Judy Gillis
Dr. Bob Johnson
Douglas MacDonald
Dr. Robert Morrison
Kevin Rofe

Population by Region - 2002

West Prince	15,084	(10.75%)
East Prince	33,717	(24.04%)
Queens	70,080	(49.97%)
Kings	21,371	(15.24%)

Appendix 'A'
Regional Health Authority Board Members

as at March 31, 2003

West Prince Health Region

Ernest Hudson, Chair
Robbie Thibodeau, Vice Chair
Barry Clohossy
Juanita Gaudet
Harry MacAusland
Donald Stewart
Richard Wightman

East Prince Health Region

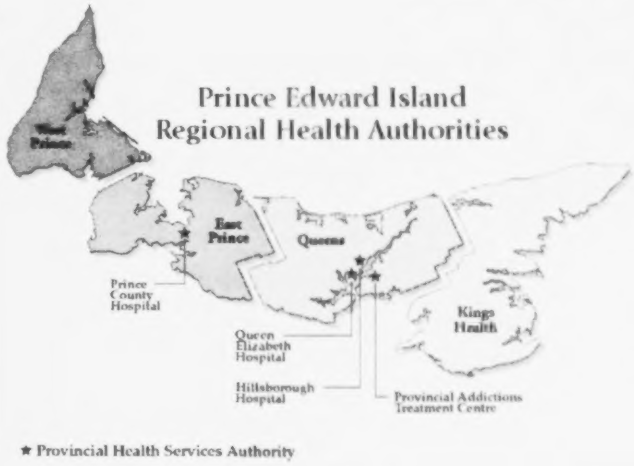
Dr. Allen MacLean, Chair
Barry Murray, Vice Chair
Henri Gallant
Doreen Gunn
Blanche Maynard
Melinda Mulligan
Carol Peters
Gertrude Trainor
Elmer Williams

Kings Health Region

Michael Gallant, Chair
Weston Rose, Vice Chair
Tom Carver
Henry Compton
Sherry Kacsmarik
J. Lloyd Soloman
Marian Trowbridge

Queens Health Region

Sylvia Poirier, Chair
Dr. David McKenna, Vice Chair
Kirsten Connor
William Fitzpatrick
Judy Gillis
Dr. Bob Johnson
Douglas MacDonald
Dr. Robert Morrison
Kevin Rofe



Population by Region - 2002

West Prince	15,084	(10.75%)
East Prince	33,717	(24.04%)
Queens	70,080	(49.97%)
Kings	21,371	(15.24%)

Appendix 'B'
Financial Statements

Financial Summary

	2002-2003 Estimates	2002-2003 Actuals	Variance
EXPENDITURES			
Department Management / Services			
Corporate Services	2,409,400	2,352,800	56,600
Office of the Chief Health Officer	404,100	328,000	76,100
Medical Services	54,124,700	53,848,400	276,300
Finance and Administration	8,301,300	7,896,600	404,700
Health Informatics and Vital Statistics	10,046,100	11,680,900	(1,634,800)
Acute and Continuing Care	26,437,800	25,836,700	601,100
Health Policy Development	3,013,800	2,492,500	521,300
Social Policy Development	10,178,300	6,352,100	3,826,200
Cancer Treatment Centre Expansion/MRI Services	11,200,000	11,086,400	113,600
Total Department Management / Services	**126,115,500**	**121,874,400**	**4,241,100**
Regionally Delivered Services	**267,239,900**	**270,869,500**	**(3,629,600)**
Total Department of Health and Social Services	**393,355,400**	**392,743,900**	**611,500**
East Prince Health Facility	**21,000,000**	**17,451,300**	**3,548,700**
Total Health and Social Services	**414,355,400**	**410,195,200**	**4,160,200**
REVENUES			
Department Management / Services			
Federal	6,928,500	6,844,900	(83,600)
Licenses and Permits	94,800	78,700	(16,100)
Fees and Services	10,204,700	10,351,400	146,700
Sales	109,000	27,600	(81,400)
Investments	600,000	617,000	17,000
Total Department Management / Services	**17,937,000**	**17,919,600**	**(17,400)**
Regional Revenues	**14,660,500**	**15,667,100**	**1,006,600**
Total Health and Social Services	**32,597,500**	**33,586,700**	**989,200**

Appendix 'B'
Financial Statements

Major Program Area Expenditures

		2000/01	2001/02	2002/03
Health Care				
	Hospital Services	108,182,200	115,545,200	128,742,300
	Physician Services	38,823,600	40,950,600	50,209,600
	Blood Services	3,321,600	3,647,400	4,482,500
	Ambulance Services	3,467,100	3,654,400	3,750,000
	Home Care	6,205,200	6,547,100	7,019,300
	Continuing Care	35,961,600	37,607,300	40,057,100
	Provincial Pharmacy	14,511,300	16,042,400	17,208,100
	Mental Health	10,578,200	12,241,700	12,146,300
	Public Health Nursing	2,268,800	2,524,000	2,742,300
	Addiction Services	5,603,000	5,901,400	6,055,500
	Dental Public Health	2,256,500	2,301,400	2,466,400
	East Prince Health Facility	5,894,900	20,141,500	17,089,800
	Other Programs	20,213,400	26,858,500	36,651,200
	Total Health Care	**257,287,400**	**293,962,900**	**328,620,400**
Social Services				
	Child & Family Services	59,406,900	59,176,300	64,111,400
	Job Creation	2,236,800	2,278,700	2,058,400
	Social Housing	9,268,500	8,932,500	8,944,200
	Grants - Non Gov't Organizations	6,100,000	6,207,900	6,460,800
	Total Social Services	**77,012,200**	**76,595,400**	**81,574,800**
Total Health & Social Services		**334,299,600**	**370,558,300**	**410,195,200**

Appendix 'B'
Financial Statements

Major Programs As A Percentage of Total Budget

		2000/01	2001/02	2002/03
Health Care				
	Hospital Services	32.4	31.2	31.4
	Physician Services	11.6	11.1	12.2
	Blood Services	1.0	1.0	1.1
	Ambulance Services	1.0	1.0	0.9
	Home Care	1.9	1.8	1.7
	Continuing Care	10.8	10.1	9.8
	Provincial Pharmacy	4.3	4.3	4.2
	Mental Health	3.1	3.3	3.0
	Public Health Nursing	0.7	0.7	0.7
	Addiction Services	1.7	1.6	1.5
	Dental Public Health	0.7	0.6	0.6
	East Prince Health Facility	1.8	5.4	4.1
	Other Programs	6.0	7.2	8.9
	Total Health Care	**77.0**	**79.3**	**80.1**
Social Services				
	Child & Family Services	17.7	16.0	15.6
	Job Creation	0.7	0.6	0.5
	Social Housing	2.8	2.4	2.2
	Grants - Non Gov't Organizations	1.8	1.7	1.6
	Total Social Services	**23.0**	**20.7**	**19.9**
Total Health & Social Services		**100.0**	**100.0**	**100.0**

Appendix 'C'
Budget Forecast

Budget Estimate

	2003/04
Department of Health and Social Services	$ 412,074,900
East Prince Health Facility	6,500,000
Gross Expenditure	418,574,900
Gross Revenue	23,388,000
Net Ministry Expenditure	**$ 395,186,900**

Île-du-Prince-Édouard
CANADA

Réseau de la santé et des services sociaux

Ministère de la Santé et des Services sociaux

Rapport annuel

2002-2003

Rapport annuel

pour l'année se terminant le 31 mars 2003

Ministère de la Santé et des Services sociaux

Pour plus de renseignements concernant ce rapport, communiquez avec nous :
C.P. 2000, Charlottetown (Île-du-Prince-Édouard) C1A 7N8 CANADA
Téléphone : (902) 368-4900 Télécopieur : (902) 368-4969
ou consultez notre site Web à *www.gov.pe.ca*

Île-du-Prince-Édouard

CANADA

Message du ministre

À l'honorable J. Léonce Bernard
Lieutenant-gouverneur de l'Île-du-Prince-Édouard

Monsieur le lieutenant-gouverneur,

J'ai l'immense privilège de vous présenter le Rapport annuel du ministère de la Santé et des Services sociaux pour l'exercice financier se terminant le 31 mars 2003.

Le tout respectueusement soumis,

Chester Gillan
Ministre de la Santé et des Services sociaux

Table des matières

Message du sous-ministre 1

Introduction 3

Rôle et responsabilités du Ministère 4
- Notre vision, notre mission, nos principes et nos objectifs 4

Rôle et responsabilités du ministre 5

Rôle et responsabilités du sous-ministre 7

Système de santé et de services sociaux 10

Ministère de la Santé et des Services sociaux 12
- Rôles des divisions 12

Rôle et responsabilités du conseil des régies de la santé 15
- Régies de la santé 16

Revue de l'année 18
- Faits saillants de l'année 19
  - Mieux-être 19
  - Développement de l'enfant en santé 23
  - Accès aux services 26
  - Services des initiatives de soins de santé primaires 30
  - Ressources humaines 34
  - Technologie de l'information sanitaire 37
  - Partenariats conçus pour gérer les déterminants de la santé 39
- Résultats du système de santé 41
  - Objectif n° 1 : Améliorer l'état de santé des Insulaires 42
  - Objectif n° 2 : Accroitre la responsabilisation en matière de santé 46
  - Objectif n° 3 : Améliorer la viabilité du système 52

Responsabilités législatives 55
- Modifications législatives 56

Annexes 59
- Annexe A – Membres du conseil des régies régionales de la santé 59
- Annexe B – États financiers 60
- Annexe C – Prévisions budgétaires 63

Message du sous-ministre

L'honorable Chester Gillan
Ministre de la Santé et des Services sociaux
Gouvernement de l'Île-du-Prince-Édouard

Monsieur le Ministre,

J'ai le plaisir de vous présenter le Rapport annuel 2002-2003 du système de santé et de services sociaux. Au cours du processus de planification stratégique, on a fixé des objectifs et établi des stratégies pour guider l'orientation du système. Les résultats décrits dans le présent Rapport annuel indiquent que nous demeurons attachés à ces objectifs et stratégies.

Je suis fier de nos nombreuses réalisations en 2002-2003 et tiens à souligner les suivantes :

- La restructuration a contribué à la mise en œuvre du plan stratégique quinquennal pour le système de santé et de services sociaux. Cette structure soutient le mieux-être des Insulaires et la viabilité des soins de santé à l'Île-du-Prince-Édouard.
- On a poursuivi la construction du nouvel hôpital du comté de Prince, dont l'ouverture est maintenant prévue pour le printemps 2004.
- L'agrandissement du Centre de traitement du cancer est en cours. La nouvelle section devrait être prête à l'automne 2003.
- On a élaboré la stratégie en matière de modes de vie sains en partenariat avec de nombreux groupes et personnes, afin de promouvoir les efforts visant à éliminer les facteurs de risque comportementaux qui contribuent à l'apparition de maladies chroniques.
- La restructuration des soins de santé primaires aidera à résoudre les problèmes nuisant à la viabilité du système de santé et à faciliter l'accès aux services de santé, tout en renforçant les services communautaires.

Je suis ravi des progrès réalisés par rapport aux objectifs énoncés dans le plan stratégique et impatient de relever les autres défis que nous réserve notre collaboration en vue de l'amélioration de la santé des Insulaires.

Le tout respectueusement soumis,

David B. Riley
Sous-ministre

Introduction

Le présent Rapport annuel du ministère de la Santé et des Services sociaux est fondé sur le Plan stratégique du système de santé et de services sociaux 2001-2005 de l'Île-du-Prince-Édouard, intitulé *Pathways to Wellness and Sustainability*.

Le système de santé et de services sociaux s'est engagé à améliorer l'état de santé des Insulaires en offrant des services et des programmes de santé de qualité, ainsi qu'en favorisant la responsabilisation en matière de santé. Le présent Rapport annuel souligne les activités du Ministère au cours de la dernière année, lesquelles étaient axées sur l'amélioration des résultats par rapport aux objectifs, et les initiatives prises pour obtenir ces résultats.

Rôle et responsabilités du Ministère

Notre vision, notre mission, nos principes et nos objectifs

Vision

Des services de qualité dont le but est de promouvoir la santé et l'autonomie grâce à des relations fondées sur la confiance et le partage des responsabilités.

Mission

La mission du système de santé et de services sociaux est de promouvoir, de protéger et d'améliorer la santé et l'autonomie des Insulaires.

Principes

Mieux-être	~	Notre priorité est le mieux-être et la santé des enfants.
Viabilité	~	Nous distribuerons les ressources de façon à répondre aux besoins changeants et à assurer un accès continu à des programmes et à des services de qualité.
Responsabilisation	~	Nous allons mesurer notre rendement et les résultats atteints, puis en rendre compte.

Objectifs

- Améliorer l'état de santé
- Accroître la responsabilisation en matière de santé
- Améliorer la viabilité du système
- Accroître la confiance du public dans le système
- Améliorer le mieux-être en milieu de travail et le moral du personnel
- Maintenir les acquis

Rôle et responsabilités du ministre

Le ministre de la Santé et des Services sociaux est responsable devant l'Assemblée législative de l'Île-du-Prince-Édouard de la qualité du système provincial de santé et de services sociaux et de ses répercussions sur la santé et le mieux-être des Insulaires. Le ministre, en collaboration avec les régies de la santé*, est responsable de l'orientation des stratégies, des plans et des politiques à l'échelle du système. Il se charge aussi de communiquer les besoins et préoccupations des régies de la santé et des Insulaires au Conseil exécutif ainsi qu'à l'Assemblée législative. Le ministre s'occupe d'allouer les ressources aux régies de la santé de manière juste et équitable, surveille le rendement du système et les résultats obtenus, puis en rend compte.

Le ministre de la Santé et des Services sociaux de l'Île-du-Prince-Édouard est responsable de l'atteinte de résultats acceptables dans les domaines suivants :

En collaboration avec les personnes, les familles, les collectivités, les régies de la santé, les médecins, les autres ministères provinciaux, les fournisseurs de soins de santé non gouvernementaux et les organismes en santé :

- La santé des personnes
- La responsabilisation des personnes, des familles et des collectivités en matière de santé
- L'influence des milieux physique et social sur la santé des personnes
- L'autonomie
- La qualité des logements dans la province
- La qualité des politiques gouvernementales qui influencent la santé des personnes
- La viabilité du système provincial de santé et de services sociaux

En collaboration avec les régies de la santé, les médecins et les fournisseurs de soins :

- La qualité des services et ses répercussions sur les personnes
- La rentabilité des services de santé et des services sociaux
- La satisfaction des patients, des familles et de la clientèle
- L'accès équitable aux soins de santé et aux services sociaux
- La santé, la sécurité et le respect de la dignité des personnes qui reçoivent des soins
- Le mieux-être en milieu de travail et le moral des fournisseurs de soins et du personnel du domaine des services de santé et des services sociaux provinciaux et régionaux
- La santé et la sécurité au travail du personnel et des bénévoles
- La confiance du public dans le système de santé et de services sociaux

Le ministre est également responsable des éléments suivants :

- La qualité et le rendement des fournisseurs de soins et du personnel du domaine des services de santé et des services sociaux provinciaux et régionaux, et la façon dont ils accomplissent leurs tâches
- La confiance des médecins et des fournisseurs de soins dans le système de santé et de services sociaux de l'Île-du-Prince-Édouard
- Les relations avec les autres gouvernements, les intervenants et les organismes
- La qualité de la surveillance des résultats en matière de santé, de même que du rendement des services de santé et des services sociaux

- L'état des installations et de l'équipement du système de santé et de services sociaux
- L'état des finances du système de santé et de services sociaux
- Le respect des lois et des règlements gouvernementaux
- L'application des lois et des règlements pertinents
- Il doit également assumer les autres responsabilités et obligations qui lui sont de temps à autre assignées par l'Assemblée législative et le Conseil exécutif.

* *On entend par régies de la santé les quatre régies régionales des services de santé et la régie provinciale des services de santé (RPSS).*

Rôle et responsabilités du sous-ministre

Le rôle du sous-ministre de la Santé et des Services sociaux est de faire preuve de leadership en matière d'innovations et d'amélioration continue du système de santé et de services sociaux, et d'offrir des services administratifs et de réglementation de grande qualité au système de santé et de services sociaux et aux Insulaires.

Le sous-ministre de la Santé et des Services sociaux de l'Île-du-Prince-Édouard est responsable de l'atteinte de résultats acceptables dans les domaines suivants :

La qualité des conseils, de l'aide, de l'information et du leadership offerts au ministre et, au besoin, aux régies de la santé et à leur personnel, et aux fournisseurs de soins de santé publics et privés, par rapport à des questions touchant :*

- L'élaboration et l'application des politiques
- L'élaboration et l'adoption de normes en matière de résultats
- La surveillance des résultats en matière de santé et de l'état de santé de la population
- L'élaboration de cadres et de processus de planification
- L'allocation des ressources
- La planification des projets d'investissement
- Les stratégies de communication
- La planification et le développement des ressources humaines
- La planification des systèmes de technologie de l'information
- La gestion des questions
- L'élaboration et l'interprétation des lois et des règlements, ainsi que leur respect
- L'interaction avec les autres gouvernements
- La diffusion des connaissances scientifiques et des données comparatives
- Tous les domaines compris dans l'énoncé de mission du système de santé et de services sociaux

La qualité de l'administration et des services primaires :

- Enregistrement, perception des primes, paiement des fournisseurs et autres services de paiement des médecins
- Obtention de services de santé à l'extérieur de la province et paiements connexes
- Contrôle de la tuberculose, des MTS et des autres maladies transmissibles
- Contrats avec les services ambulanciers et politiques connexes
- Contrats avec les services transfusionnels
- Systèmes de technologie de l'information
- Consultations avant et après l'adoption
- Contrats avec les organismes provinciaux non gouvernementaux
- Programmes sur l'autisme
- Ressources d'information sur la santé

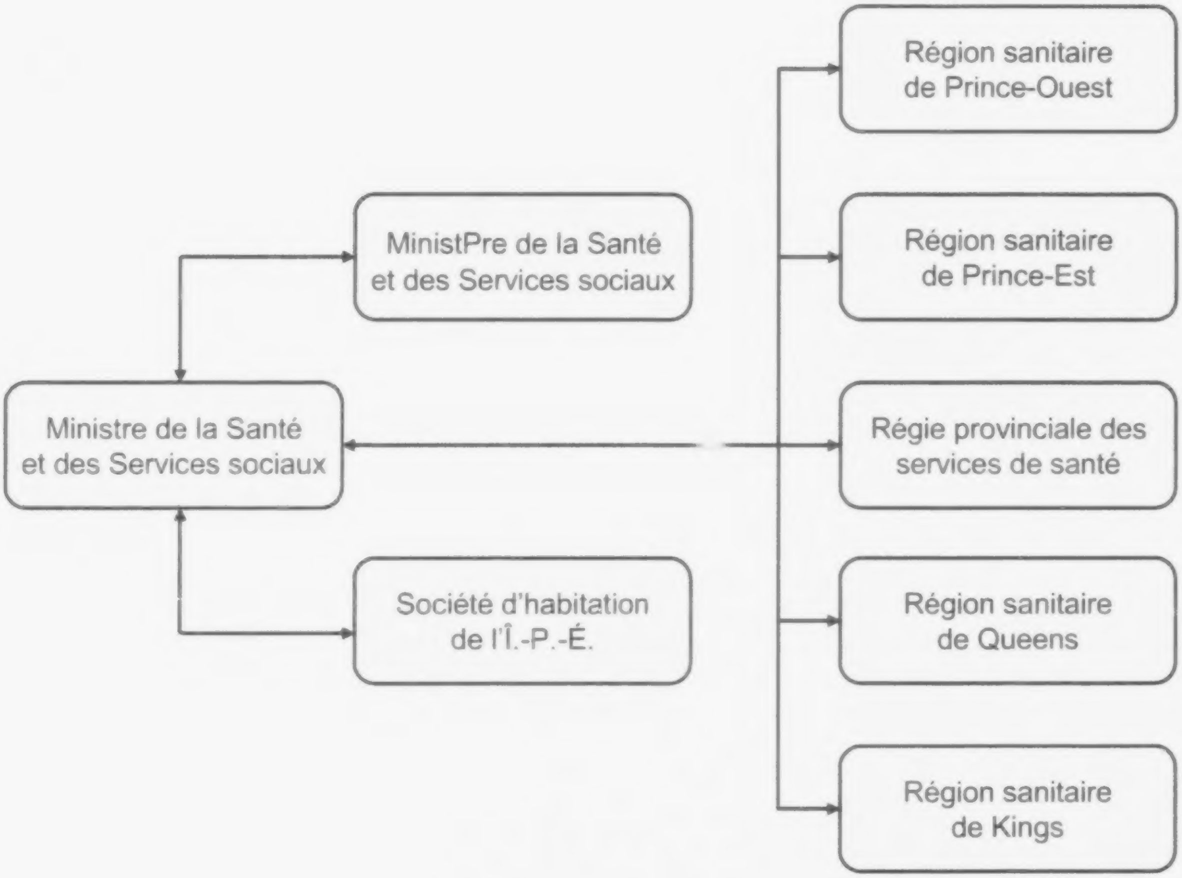
Le sous-ministre est également responsable des éléments suivants :

- La qualité de la législation relative à la santé et aux services sociaux et l'application des lois et des règlements pertinents
- La qualité de la surveillance des résultats provinciaux et régionaux en matière de santé
- La satisfaction de la clientèle et des fournisseurs de soins
- L'exercice de son influence sur les décisions des autres gouvernements, ministères et organismes liés à la santé, au besoin
- La qualité des relations avec les autres gouvernements, les régies de la santé et leur personnel, les ministères, les organismes, les associations, les fournisseurs et les entrepreneurs.
- La qualité, le rendement, le moral et la conduite du personnel ainsi que la santé et la sécurité au travail
- La confiance du public dans le système de santé et de services sociaux
- Les coûts et la rentabilité
- L'état des finances et des actifs du Ministère
- Le respect des lois et des politiques du gouvernement au sein du Ministère
- Les autres tâches et obligations qui sont de temps à autre assignées par le ministre

* *La qualité englobe la fiabilité, l'utilité, la quantité, les délais, le coût, l'attitude et la confidentialité.*

Structure organisationnelle du système de santé et de services sociaux

Île-du-Prince-Édouard
au 31 mars 2003



Système de santé et de services sociaux

Le mandat du système de santé et de services sociaux de l'Île-du-Prince-Édouard consiste à travailler en partenariat avec les résidants pour protéger, promouvoir et améliorer la santé et l'autonomie de tous les Insulaires. Le système de santé et de services sociaux se compose du ministère de la Santé et des Services sociaux, des cinq régies de la santé, qui comprennent les quatre régions sanitaires (Prince-Ouest, Prince-Est, Queens et Kings) et de la RPSS.

La restructuration organisationnelle du système de santé et de services sociaux a pris fin en 2003. La nouvelle structure soutient la mise en œuvre efficace des principes énoncés dans notre plan stratégique quinquennal, à savoir le mieux-être, la responsabilisation et la viabilité. Elle permet au système de relever de nouveaux défis, de saisir de nouvelles occasions, de bénéficier des nouvelles connaissances et des nouvelles technologies, et de mieux comprendre comment améliorer la santé de la population.

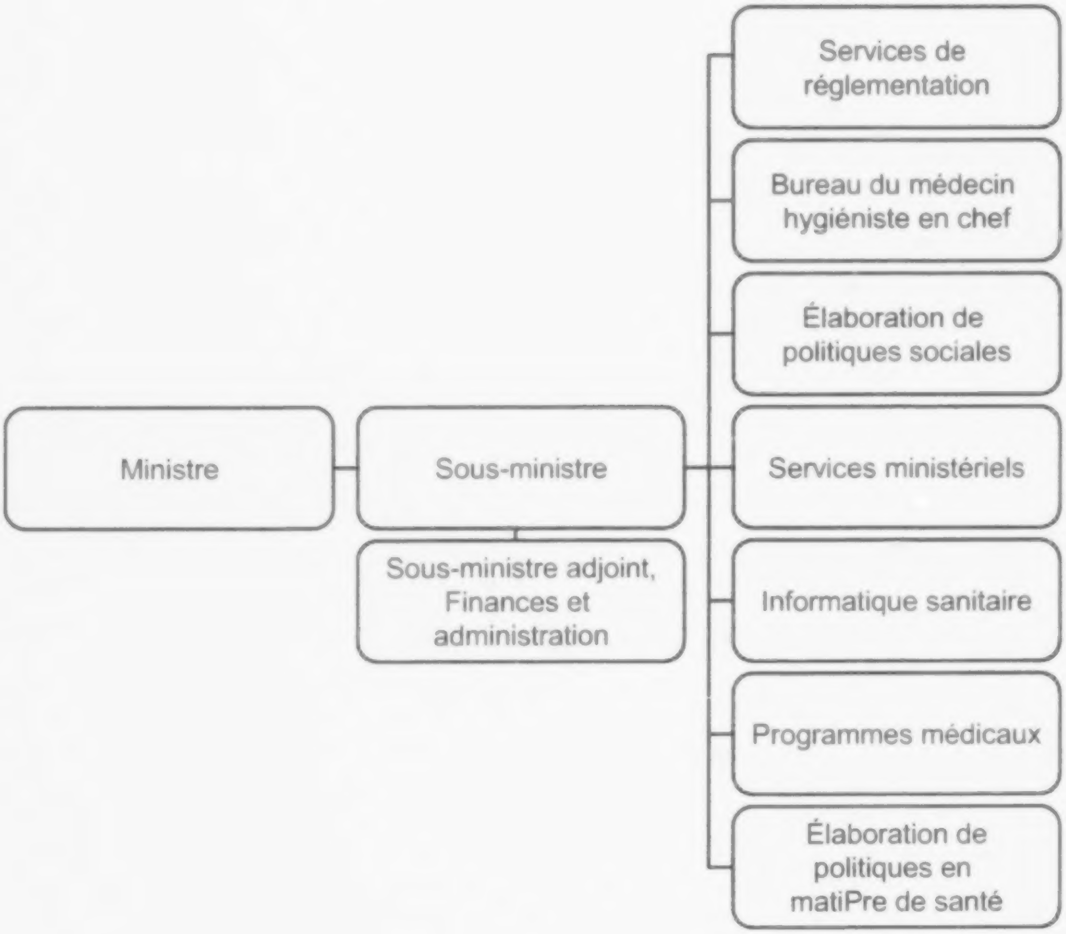
On a procédé au remaniement des services primaires et secondaires afin de soutenir des rôles et responsabilités provinciaux et régionaux précis. On a créé la RPSS pour planifier et offrir des services de soins intensifs secondaires, y compris la plupart des services maintenant offerts par l'hôpital Queen Elizabeth, l'hôpital du comté de Prince, l'hôpital Hillsborough et le Centre provincial de traitement des toxicomanies.

Le regroupement des services secondaires spécialisés sous la RPSS nous permet de coordonner la planification et la prestation de services provinciaux spécialisés et de nous concentrer davantage sur la qualité, l'accès et l'utilisation de ces ressources spécialisées. La nouvelle structure permettra aux établissements de collaborer dans plusieurs domaines clés, comme la planification des ressources humaines, la gestion de l'utilisation, ainsi que la mesure et le contrôle de la qualité.

On a fusionné les régions sanitaires de Kings-Sud et de Kings-Est de sorte à créer une seule entité, soit la régie de la santé de Kings, ce qui permet de mieux équilibrer le système régional sur les plans de la géographie et du nombre de personnes servies. La nouvelle région est ainsi proportionnelle aux autres; et les nombreuses ressources fourniront des occasions accrues d'amélioration de la planification et de l'efficacité. Les quatre régies régionales des services de santé ont maintenant un mandat semblable, soit celui de planifier et d'offrir des services de santé et des services sociaux primaires, ainsi que de se concentrer davantage sur le mieux-être et la santé des enfants.

Structure organisationnelle du ministère de la Santé et des Services sociaux

Île-du-Prince-Édouard
au 31 mars 2003



Ministère de la Santé et des Services sociaux

La restructuration du ministère de la Santé et des Services sociaux reflète le rôle de ce dernier, qui consiste à appuyer le travail des régies régionales des services de santé et de la RPSS en faisant preuve de leadership en matière d'innovations et d'amélioration continue, et à offrir des services administratifs et de réglementation de grande qualité.

Rôles des Divisions

Bureau du médecin hygiéniste en chef

Le Bureau du médecin hygiéniste en chef est responsable de la gestion de la *Public Health Act*, de la supervision des programmes de santé publique connexes, ainsi que de la surveillance et du contrôle des maladies.

Élaboration de politiques sociales

La Division de l'élaboration de politiques sociales est responsable de l'orientation des politiques, de l'élaboration de programmes, des services et programmes spécialisés, ainsi que des politiques fédérales, provinciales et territoriales dans les domaines suivants : programmes de services sociaux à l'enfance, programmes nationaux de prestations pour enfants, protection de l'enfant, placement en famille d'accueil, adoption, développement du jeune enfant, services aux enfants autistes d'âge préscolaire, services aux jeunes, aide sociale, amélioration de l'emploi et de l'aptitude à l'emploi, soutien et services à la famille, prévention de la violence familiale, services aux personnes handicapées, santé mentale, traitement des dépendances, logement social, ainsi que services de santé et services sociaux d'urgence.

Services ministériels

La Division des services ministériels offre au ministre, au sous-ministre, à la direction et au personnel du Ministère des conseils, de l'aide et de l'information dans les domaines suivants : élaboration de politiques, planification stratégique, mesure des résultats, communications, gestion et politique sur l'accès à l'information et la protection de la vie privée, relations externes et intergouvernementales, gestion des ressources humaines, services en français et législation. La Division sert aussi d'intermédiaire entre les régies régionales des services de santé en ce qui a trait aux activités ministérielles.

Finances et administration

La Division des finances et de l'administration a l'entière responsabilité de la gestion financière et budgétaire, des planification et analyse financières, ainsi que de la recherche et du développement dans les domaines liés aux finances et aux politiques.

Programmes médicaux

La Division des programmes médicaux est responsable de la gestion des services de santé, tel que prévu par la *Drug Cost Assistance Act*, la *Health Services Payment Act*, la *Hospital and Diagnostic Services Insurance Act*, la *Hospitals Act*, la *Human Tissue Donation Act*, la *Medical Act* et la *Public Health Act*. Les services et programmes médicaux comprennent le régime d'assurance-maladie provincial, les services reçus d'un médecin, les négociations et les consultations avec un médecin, de même que le paiement et l'évaluation des factures des médecins. La Division est également responsable des services ambulanciers, des services d'évacuation aérienne d'urgence, des services transfusionnels canadiens, du programme de liaison pour les services hospitaliers fournis à l'extérieur de la province, des autorisations des services de santé offerts à l'extérieur de la province, du recrutement de médecins, de l'évaluation des technologies de la santé et des programmes de médicaments provinciaux.

Élaboration de politiques en matière de santé

La Division de l'élaboration de politiques en matière de santé est responsable de l'orientation des politiques, de l'élaboration de programmes, de l'évaluation et du soutien des politiques en matière de santé, dont la promotion de la santé, la prévention des maladies, la politique sur les soins prolongés (soins à domicile, soins de longue durée, soins palliatifs et soins communautaires), la politique sur les soins de santé primaires, la politique sur la santé dentaire, la politique sur les soins infirmiers, la gestion des maladies chroniques, la santé de la population et la recherche en matière de santé. La Division est également responsable de l'élaboration de politiques dans un certain nombre de domaines, dont les suivants : réduction du tabagisme, stratégie en matière de saine alimentation, stratégie en matière de modes de vie sains, dépistage du cancer du col utérin, restructuration des soins de santé primaires, initiatives relatives au diabète, ainsi que soins à la mère et au nouveau-né.

Informatique sanitaire

La Division de l'informatique sanitaire cherche, planifie, conçoit, met en œuvre et soutient des solutions de technologie et de gestion de l'information pour le système de santé de l'Île-du-Prince-Édouard, et ce, en collaboration avec les régies de la santé et les clients du Ministère, et dans le cadre de la stratégie en matière de technologie de l'information mise en œuvre par le système de santé et le gouvernement provinciaux.

Le groupe de mise en œuvre et de soutien est responsable de la mise en œuvre, du soutien et de la maintenance des applications provinciales et du réseau étendu du système d'information sur la santé de l'Île-du-Prince-Édouard, et offre aux employés du Ministère des services de soutien destinés aux utilisateurs finaux. Ses responsabilités clés comprennent la planification et la gestion des projets; la gestion des accords sur les niveaux de service et des contrats de maintenance; la maintenance des applications; ainsi que les opérations et les services de soutien technique.

Cette Division est responsable de la planification stratégique et de la gestion des ressources d'information au sein de l'infrastructure du système d'information sur la santé de l'Île-du-Prince-Édouard. Ses principaux domaines de responsabilité comprennent la gestion et la planification des projets, l'analyse des procédés administratifs, la gestion et la rédaction des appels d'offres, la sécurité et la confidentialité des ressources d'information, les services de soutien aux programmeurs-analystes, les services d'accès à l'information et de diffusion, l'élaboration et le maintien de méthodes de gestion des projets, ainsi que les services généraux de consultation en TI.

Services de réglementation

La Division des services de réglementation est responsable de la qualité des conseils et de l'aide offerts au ministre, au personnel du Ministère, aux régions sanitaires et à la RPSS en matière d'élaboration de programmes et de politiques de réglementation, d'innovations et d'amélioration continue dans les domaines de la protection des adultes, des établissements de soins communautaires et des foyers de soins du secteur privé, des services diététiques, des services médicaux d'urgence, de l'hygiène du milieu, de la tutelle publique et des statistiques de l'état civil.

La section des services de réglementation offre des services de contrôle et de délivrance de permis pour veiller au respect des règlements et des normes établies par la loi qui visent les établissements de soins communautaires et les foyers de soins privés, les ambulanciers et les techniciens d'urgence médicale. Elle offre également des conseils et des services de protection des adultes au personnel régional et aux travailleurs du secteur de la protection des adultes, ainsi qu'un tuteur public aux personnes que l'on juge inaptes à gérer leurs affaires et qui n'ont aucun parent ou ami prêt ou apte à assumer cette responsabilité. La supervision et la direction de la Division dans l'ensemble compte également parmi les fonctions de cette section.

Les services d'hygiène du milieu aident le médecin hygiéniste en chef à faire appliquer les règlements visés par la *Public Health Act*. De plus, c'est aux services d'hygiène du milieu qu'il revient d'appliquer la *Loi sur le tabac* et la *Smoke-Free Places Act*. Par l'intermédiaire de la sensibilisation, de consultations et d'inspections, la Division fait la promotion et établit des normes qui correspondent à ces lois. Parmi les programmes d'inspection menés par les services, mentionnons ceux sur la salubrité des aliments, les logements locatifs, la vente de tabac aux mineurs, les abattoirs, les piscines, les terrains de caravaning, les terrains de camping, ainsi que les établissements publics, comme les garderies, les maternelles, les établissements de soins communautaires, les foyers de soins, les hôpitaux et les établissements correctionnels.

Le Bureau de l'état civil est responsable de la collecte, de l'enregistrement et de la mise à jour des renseignements relatifs à l'état civil dans la province. Ces renseignements comprennent les naissances, les décès, les mariages, les adoptions, les divorces, les mortinaissances et les changements de nom. Ils sont utilisés pour soutenir un système statistique national et provincial d'information sur la population et sur la santé. Le Bureau délivre également les certificats de naissance, de décès et de mariage, ainsi que les permis de mariage; procède à l'enregistrement des ecclésiastiques pour les cérémonies de mariage; et offre des services de changement légal de nom.

Rôle et responsabilités du conseil des régies de la santé

La restructuration organisationnelle du système de santé et de services sociaux a pris fin en 2003. On compte maintenant cinq régies de la santé, qui comprennent les quatre régies régionales des soins de santé (Prince-Ouest, Prince-Est, Queens et Kings) et la RPSS. Chaque région est dirigée par un conseil de santé régional qui a pour mandat d'assurer la prestation des services de santé et des services sociaux dans sa région et qui doit rendre compte au ministre de la Santé et des Services sociaux.

Le conseil consultatif provincial des services de santé offre au chef de la direction de la RPSS des conseils sur toute question touchant les établissements, les programmes ou les services sous sa responsabilité.

> Le rôle d'un conseil de santé est de définir le plan stratégique de la région sanitaire en se basant sur le plan stratégique provincial; d'évaluer l'état de santé et les besoins de la population en matière de santé et d'en rendre compte; de surveiller le rendement du système de santé, ainsi que ses répercussions sur les résultats, sur l'état budgetaire et sur le moral et le rendement du chef de la direction et du personnel, puis d'en rendre compte; puis de collaborer avec d'autres organismes communautaires qui ont une influence sur les déterminants de la santé de leurs résidants; et de conseiller le ministre sur des questions touchant le système de santé et de services sociaux.

Le conseil de chaque régie régionale de la santé est responsable de l'atteinte de résultats acceptables dans sa région dans les domaines suivants :

En collaboration avec les personnes, les familles, les collectivités, les médecins, les autres ministères provinciaux, les fournisseurs de soins de santé non gouvernementaux et les organismes de santé et de services sociaux, les régies de la santé cherchent à :

- Améliorer la santé des résidants de chaque région
- Favoriser la responsabilisation des personnes, des familles et des collectivités en matière de santé des résidants
- Soutenir l'autonomie des personnes ayant des handicaps physiques ou intellectuels, ou encore des problèmes financiers
- Améliorer la qualité des logements dans chaque région
- Améliorer la qualité des politiques gouvernementales qui influencent la santé dans chaque région
- Assurer la viabilité du système de santé et de services sociaux de chaque région

En collaboration avec les médecins et les fournisseurs de soins de santé, les régies de la santé cherchent à :

- Assurer la qualité des services de santé et des services sociaux, et ses répercussions sur les personnes
- Veiller à la rentabilité des services de santé et des services sociaux
- Assurer le suivi de la satisfaction des patients, des familles et de la clientèle
- Veiller à l'accès équitable aux soins de santé et aux services sociaux

- Assurer la santé, la sécurité et le respect de la dignité des personnes qui reçoivent des soins
- Maintenir la confiance du public dans le système de santé et de services sociaux de chaque région

Les régies de la santé sont également responsables des éléments suivants :

- Le mieux-être en milieu de travail et le moral de leur personnel
- La qualité et le rendement supérieurs du personnel dans la façon dont il accomplit ses tâches
- La santé et la sécurité au travail du personnel et des bénévoles régionaux
- La confiance des médecins et des fournisseurs de soins de santé et de services sociaux dans la régie régionale de la santé
- L'entretien de bonnes relations avec les autres régies régionales des services de santé, le Ministère, les intervenants et les organismes gouvernementaux et non gouvernementaux à l'intérieur et à l'extérieur de la province
- La qualité du suivi des résultats en matière de santé, de même que des services de santé et des services sociaux
- L'état des installations, de l'équipement et des finances de chaque régie régionale de la santé
- Le respect et l'application des lois et des règlements gouvernementaux

Les soins palliatifs et aux aînés, les soins intensifs et de longue durée, ainsi que les services en santé mentale et de traitement des dépendances sont offerts dans de nombreux établissements et installations de l'Île-du-Prince-Édouard. Les services de soutien aux enfants, aux familles et aux collectivités sont également accessibles dans toutes les régions. Les régies régionales comptent aussi des divisions internes qui sont responsables des initiatives en matière de ressources humaines, de la planification et des politiques, ainsi que des finances et de la technologie de l'information.

Régies de la santé

Régie régionale des services de santé de Prince-Ouest

La régie régionale de la santé de Prince-Ouest est l'organe directeur des soins de santé à Prince-Ouest. Cette régie de la santé, formée en 1994, est responsable de la gestion de tous les aspects des services communautaires et de santé offerts aux résidants de Prince-Ouest, ce qui comprend les collectivités d'O'Leary, de Tignish et d'Alberton. Cette régie de la santé est également responsable de la gestion et de la prestation, à l'échelle régionale, de divers programmes conformes aux principes énoncés dans le plan stratégique sur la santé et les services sociaux.

Régie régionale des services de santé de Prince-Est

La régie régionale de la santé de Prince-Est, organe directeur des soins de santé à Prince-Est, répond aux besoins en matière de soins de santé primaires des personnes, des familles et des collectivités de Crapaud à Ellerslie.

Cette région se fonde sur les principes du développement communautaire. Les collectivités collaborent avec les fournisseurs de soins de santé pour élaborer des stratégies visant à améliorer la santé et le mieux-être des résidants de Prince-Est. Un des principaux objectifs de la région consiste à équilibrer tous les aspects des soins, y compris les aspects de promotion, de prévention, de guérison, de réadaptation et de soutien de la santé.

Régie régionale des services de santé de Queens

La régie régionale de la santé de Queens est responsable de la planification, de l'intégration et de la coordination de la prestation de services communautaires et de santé de qualité dans le comté de Queens. Ces services sont axés sur la promotion de la santé, la prévention des maladies et la prestation de programmes qui traitent, gèrent et soutiennent ses clients tout au long de leur vie.

Régie régionale des services de santé de Kings

La régie régionale de la santé de Kings doit veiller à ce que tous les services offerts soient accessibles et adéquats en assurant leur prestation à l'échelle locale; s'assurer que les services sont dispensés efficacement et gérés à l'échelle régionale; veiller à ce que les services répondent mieux aux besoins des résidants de la région; assurer le suivi de la qualité des services offerts; et chercher à obtenir les conseils et l'opinion des résidants par rapport aux besoins et à l'efficacité des services et des programmes, contribuant ainsi à accroître le sentiment d'appartenance à la communauté.

Parmi les services de santé de base gérés par la régie régionale de la santé de Kings, on trouve l'hôpital Memorial du comté de Kings, l'hôpital de Souris, le Colville Manor, le Riverview Manor, les logements familiaux et pour les aînés, le soutien et les soins à domicile, les services à l'enfance et à la famille, les centres de santé familiale et communautaire, ainsi que les services de traitement des dépendances et en santé mentale.

Régie provinciale des services de santé

La Régie provinciale des services de santé (RPSS) doit assurer le leadership en matière de prestation de soins intensifs et spécialisés secondaires provinciaux en vue de l'amélioration de la santé et du mieux-être des résidants. La création de la RPSS a permis de regrouper la planification et la prestation des soins intensifs et spécialisés provinciaux en un seul organisme se concentrant précisément sur la qualité, l'accès, ainsi que l'utilisation et la planification accrues de ces services.

La RPSS compte trois divisions administratives de prestation de services de première ligne (l'hôpital Queen Elizabeth, l'hôpital du comté de Prince et les services de traitement des toxicomanies et en santé mentale) et trois divisions sectorielles (les services médicaux, les services financiers et de soutien, de même que la planification et le développement).

Revue de l'année

Mise en œuvre des stratégies

Le plan stratégique quinquennal pour le système de santé et de services sociaux de l'Île-du-Prince-Édouard a été élaboré en 2001. S'appuyant sur les consultations menées auprès des fournisseurs de soins de santé et du public, le plan stratégique propose un cadre de travail pour améliorer l'état de santé des Insulaires et le rendement du système au cours de la période de cinq ans s'étalant de 2001 à 2005.

Le plan cible six problèmes critiques auxquels le système est confronté : demande et attentes du public, recrutement et maintien en poste des professionnels de la santé, accès approprié aux soins de santé primaires, pratiques sanitaires, vieillissement de la population et prévention des maladies. Six stratégies précisent l'orientation que l'on donnera au système pour en améliorer les résultats. La présente section souligne les progrès réalisés par rapport aux stratégies mises en œuvre par le système en 2002-2003 pour résoudre ces problèmes critiques.

Faits saillants de l'année

Mieux-être

Des initiatives en mieux-être, qui incitent les gens à atteindre et à maintenir le meilleur état de santé possible, ont été mises en œuvre pour prévenir les maladies et améliorer l'état de santé des Insulaires.

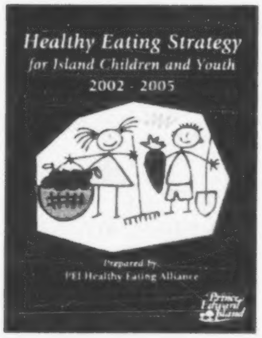
Stratégie en matière de modes de vie sains

Le ministère de la Santé et des Services sociaux a participé à l'élaboration de la stratégie en matière de modes de vie sains de l'Île-du-Prince-Édouard. La stratégie favorisera des efforts de collaboration visant à supprimer trois obstacles courants à la santé, qui constituent aussi les trois facteurs de risque comportementaux les plus importants contribuant à l'apparition de maladies chroniques (tabagisme, mauvaise alimentation et sédentarité). On travaillera à l'atteinte des objectifs de la stratégie en partenariat avec des alliances, des organismes non gouvernementaux, les régies régionales des services de santé, des entreprises, les collectivités, les personnes, les administrations municipales, ainsi que les gouvernements fédéral et provincial.

Le gouvernement provincial a cerné et financé quatre initiatives dans le cadre de la stratégie en matière de modes de vie sains, soit une stratégie d'activité physique, une initiative de promotion de la nutrition dans les écoles, le plan de mise en vigueur de la *Smoke Free Places Act* et un programme de communautés scolaires en santé. On travaillera sur ces initiatives au cours de la prochaine année.

La stratégie en matière de modes de vie sains sera lancée en juin 2003. Les activités à venir comprennent l'embauche de coordonnateurs en modes de vie sains dans les quatre régions sanitaires, l'établissement de réseaux régionaux, ainsi que l'élaboration et la mise en œuvre de plans d'action régionaux.

Alliance pour une saine alimentation



Le ministère de la Santé et des Services sociaux compte parmi les quelque 40 partenaires de l'Alliance pour une saine alimentation de l'Île-du-Prince-Édouard. L'Alliance regroupe divers organismes communautaires, universitaires et gouvernementaux, ainsi que diverses personnes, qui tiennent à améliorer les habitudes alimentaires des enfants et des jeunes par l'éducation et la création de milieux favorables à une saine alimentation. L'Alliance pour une saine alimentation a lancé une stratégie triennale globale en matière de saine alimentation en décembre 2002. Bien que l'Alliance se concentre sur la population d'âge scolaire, cette période de croissance étant idéale pour influencer les habitudes alimentaires, elle travaillera également à accroître l'accessibilité à des aliments sains à d'autres endroits où les enfants et les jeunes se réunissent, comme dans les centres de loisirs.

La stratégie souligne les trois principaux axes d'intervention pour améliorer les habitudes alimentaires des enfants : la promotion et l'éducation nutritionnelles; l'accès à des aliments sains et sécuritaires; et la recherche. Divers partenaires et groupes de travail ont entrepris de nombreuses activités au cours de la dernière année, dont des programmes planifiés et coordonnés de distribution de déjeuners et de collations dans les écoles de l'Île; l'obtention de fonds pour mettre en œuvre un projet visant à aider les écoles locales à élaborer et à adopter des lignes directrices en matière de saine alimentation; la distribution de communiqués et la communication mensuelle de conseils d'alimentation saine aux écoles; et l'organisation de la toute première semaine d'alimentation saine en mars 2003.

Réduction du tabagisme

L'Alliance pour la réduction du tabagisme de l'Île-du-Prince-Édouard, qui comprend le ministère de la Santé et des Services sociaux, le ministère de l'Éducation et un certain nombre d'organismes non gouvernementaux, a été fondée en 1999. Elle vise trois types d'activités pour réduire la consommation de tabac : la prévention, soit aider les Insulaires à ne pas fumer; le renoncement, soit inciter et aider les fumeurs à ne plus consommer de tabac; ainsi que la protection, soit éliminer l'exposition à la fumée secondaire.

Le Ministère travaille avec les partenaires communautaires et publics de l'Alliance pour appuyer, mettre en œuvre et évaluer la stratégie de lutte contre le tabac de l'Île-du-Prince-Édouard, en plus de coordonner les activités qui font partie de la stratégie et d'en assurer le suivi. Les organismes membres de l'Alliance sont responsables de la prestation des programmes. Depuis son lancement en janvier 2000, plus de 1 300 personnes ont participé au programme de renoncement au tabac de l'Île-du-Prince-Édouard offert dans le cadre des services de traitement des dépendances.

Le programme de renoncement au tabac pour adolescents *Sans nicotine Kick the Nic* et le programme de prévention SWITCH (Students Working In Tobacco Can Help) sont offerts dans les écoles secondaires de l'Île sous la supervision de la division provinciale de la Société canadienne du cancer; du personnel de la Commission scolaire de l'est et de la Commission scolaire de l'ouest; et des infirmières de la santé publique. Le projet de recherche et la campagne médiatique *Maison sans fumée* ont été mis sur pied en collaboration avec des chercheurs de l'Université de l'Île-du-Prince-Édouard et de nombreux organismes communautaires.

Smoke Free Places Act

La *Smoke Free Places Act* a reçu la sanction royale à l'automne 2002 et entrera en vigueur le 1er juin 2003. Son objet consiste à fournir un cadre législatif pour protéger le public et les travailleurs des effets néfastes de la fumée secondaire par l'élimination du tabac des milieux de travail et des endroits publics. Cette loi progressiste, l'une des plus rigoureuses au Canada, reflète la ferme intention du gouvernement de réduire le tabagisme et l'exposition à la fumée secondaire.

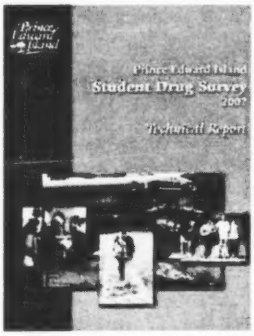
Campagne *Maison sans fumée*

Dans le cadre d'un projet de recherche, l'Alliance pour la réduction du tabagisme de l'Île-du-Prince-Édouard a lancé une campagne médiatique provinciale à l'automne 2002. Les résultats de la recherche à la suite de la campagne révèlent une augmentation du nombre de maisons où vivent des enfants qui sont devenues des milieux sans fumée : 50 % comparativement à 37 % l'année précédente.

Ligne d'assistance aux fumeurs

En janvier 2003, on a ajouté un service de counseling téléphonique au programme global de soutien au renoncement accessible aux Insulaires qui désirent cesser de fumer. Ce service complète le counseling direct de renoncement au tabac offert dans le cadre des services de traitement des dépendances. Au cours des 3 premiers mois du service, 161 personnes ont eu recours à la ligne d'assistance aux fumeurs.

Enquête sur la consommation de drogues par les élèves de l'Île-du-Prince-Édouard



Initiative concertée des provinces de l'Atlantique, l'*Enquête de 2002 sur la consommation de drogues par les élèves de l'Île-du-Prince-Édouard* a été menée en mai 2002 auprès de 2 415 élèves d'écoles secondaires de premier et de deuxième cycles dans les quatre provinces. L'enquête décrit la prévalence et les tendances en matière de consommation de drogues chez les élèves, ainsi que les comportements à risque.

Les taux de consommation d'alcool et de tabagisme de l'Île-du-Prince-Édouard sont semblables à ceux de la Nouvelle-Écosse et du Nouveau-Brunswick, alors que notre taux de consommation de cannabis est considérablement inférieur. Ces taux sont demeurés stables au cours des 4 dernières années, à l'exception du taux de tabagisme, qui est passé de 27 % des élèves en 1998 à 18 % en 2002. Ces nouvelles sont encourageantes pour les membres de l'Alliance pour la réduction du tabagisme de l'Île-du-Prince-Édouard, qui collaborent afin de réduire le taux de tabagisme dans l'Île. Cette tendance à la baisse se reflète dans les résultats de l'*Enquête de surveillance de l'usage du tabac au Canada* (ESUTC) menée par Statistique Canada, qui indique que le pourcentage de fumeurs chez les jeunes Insulaires (de 15 à 19 ans) était de 19 % en 2000, soit une baisse substantielle par rapport aux 28 % de 1999.

Programme Ça marche à l'Île-du-Prince-Édouard

Pour aider à réduire le taux élevé de sédentarité à l'Île-du-Prince-Édouard, le ministère de la Santé et des Services sociaux a versé des fonds à l'Alliance pour la vie active de l'Île-du-Prince-Édouard afin qu'elle conçoive et mette en œuvre le programme Ça marche. Ce programme populaire de douze semaines vise à accroître le taux d'activité physique des Insulaires en leur donnant accès à des pédomètres, qui leur permettent de compter et d'augmenter le nombre de pas qu'ils font dans une journée, et en leur offrant du soutien par l'intermédiaire de réunions de groupe.

On a lancé le programme en novembre 2002 et visait alors la participation de 500 personnes. Sur une période de 7 mois, plus de 1 500 personnes y ont participé dans plus de 20 collectivités et 15 milieux de travail dans l'Île. Un total de 58 programmes communautaires ont été offerts un peu partout dans la province, autant en milieu urbain qu'en milieu rural, et ce, dans les deux langues officielles. Les bénévoles ont assuré la prestation du programme et joué un rôle clé dans sa réussite. On procède actuellement à l'évaluation du processus et de l'incidence du programme. Les résultats seront connus en août 2003.

Prévention du cancer du col utérin

On a réalisé beaucoup de progrès dans le domaine de la prévention du cancer du col utérin à l'Île-du-Prince-Édouard cette année. La troisième campagne de sensibilisation au test de Pap a été lancée pendant la semaine de sensibilisation à ce dernier, en octobre, pour rappeler aux femmes qu'il est possible de prévenir le cancer du col utérin en effectuant un test de Pap au moins tous les deux ans. Les femmes ont toujours le choix d'être examinées par une infirmière compétente à la Clinique de dépistage par le test de Pap, qui a ouvert ses portes en 2001, ou par leur médecin de famille.

Dépistage de
PAP
pour la vie!

La Clinique offre une autre solution en matière d'accès au test de Pap aux femmes qui sont examinées à une fréquence inférieure à celle recommandée. Le pourcentage de femmes examinées dont le dernier test de Pap remontait à au moins deux ans s'élevait à 65 %.

En réponse à la demande croissante pour les services de la Clinique de dépistage par le test de Pap de l'Île-du-Prince-Édouard, on a décidé de mettre sur pied des cliniques itinérantes. En 2002-2003, plus de 20 cliniques de ce genre ont été organisées dans la province par une infirmière compétente. Plus de 33 % des femmes examinées par la Clinique de dépistage par le test de Pap se sont présentées à une clinique itinérante.

La Clinique de dépistage par le test de Pap offre maintenant le dépistage par le test de Pap aux femmes handicapées au centre de santé Four Neighbourhoods, à Charlottetown.

Développement de l'enfant en santé

Une stratégie clé visant à améliorer l'état de santé des Insulaires souligne que des expériences positives dans la petite enfance ont une incidence durable sur la réussite des enfants à l'école, ainsi que sur leur capacité d'établir des relations et de participer à la vie communautaire.

Stratégie provinciale de développement de l'enfant en santé

Pour nos enfants, stratégie de développement de l'enfant en santé, sert de plan directeur aux partenaires et au gouvernement provincial, qui collaborent pour atteindre des objectifs communs, échanger des renseignements et évaluer les progrès de l'Île-du-Prince-Édouard. Nous réalisons des progrès dans le domaine du développement d'enfants et de familles en santé à l'Île-du-Prince-Édouard. C'est la propriété commune de cette stratégie – laquelle intéresse le secteur communautaire, celui des affaires et celui des bénévoles aussi bien que les parents et les familles – qui en garantira le succès. En 2002-2003, on a renforcé de nombreux partenariats entre des organismes dont les objectifs étaient semblables.

En novembre 2002, le Conseil du premier ministre sur le développement de l'enfant en santé a parrainé le deuxième exercice de réflexion annuel. On a combiné les commentaires recueillis à l'exercice de réflexion à ceux du Secrétariat à l'enfance et du Groupe de travail sur les enfants afin d'élaborer le plan d'action sur le développement de l'enfant en santé pour l'exercice 2003-2004.

Plan d'action sur le développement de l'enfant en santé

Le Groupe de travail sur les enfants a élaboré un plan d'action pour l'exercice 2002-2003. Ce plan comprend trois volets : le soutien aux enfants et aux familles; le renforcement des capacités et la viabilité; ainsi que l'établissement de profils pour la stratégie. Le projet de partenariats pour les enfants de l'Île-du-Prince-Édouard est un exemple des initiatives recommandées dans le plan d'action sur le développement de l'enfant en santé 2002-2003.

Voici certaines mesures prises par le gouvernement en réponse au plan d'action sur le développement de l'enfant en santé 2001-2002 :

Partenariats pour les enfants

Dans le cadre du projet de partenariats pour les enfants de l'Île-du-Prince-Édouard, on a versé 110 000 $ aux Groupes de travail sur les enfants pour réaliser des projets qui soutiennent les enfants et les familles. Ces groupes de travail soutiennent les axes d'intervention clés de la stratégie de développement de l'enfant en santé de l'Île-du-Prince-Édouard.

En 2002, le projet de partenariats pour les enfants a permis de soutenir un éventail d'activités, dont une campagne de marketing sociale et de sensibilisation du public, l'établissement d'une grille salariale pour les éducateurs de la petite enfance, la réalisation de programmes pour les enfants, et la tenue d'ateliers et de conférences pour les parents. Toutes ces activités ont trait à l'information des femmes enceintes, aux aptitudes sociales des enfants ayant des besoins spéciaux, à la santé mentale des enfants, à l'activité physique, à l'alphabétisation, à l'utilisation adéquate des sièges de voiture et des sièges d'enfant, et à l'information des parents pour qu'ils puissent aider leurs enfants à entrer à l'école à la fin de la petite enfance.

Programme Mesurons et améliorons l'environnement des enfants (MAEE)

MAEE est un projet conjoint du ministère de la Santé et des Services sociaux et de l'Association du développement de la petite enfance. Des conseillers procèdent à l'évaluation quantitative des indicateurs de qualité dans les centres de la petite enfance autorisés, puis aident ces derniers à apporter des améliorations ciblées et mesurables à la qualité de l'éducation et des soins offerts.

Les évaluations sont réalisées à l'aide de l'échelle de mesure de l'environnement de la petite enfance – version révisée (ECERS-R). Cet outil, que l'on juge fiable et valide, est très utilisé en Amérique du Nord. À l'heure actuelle, 95 % des centres de la petite enfance à temps plein participent volontairement à MAEE. Les évaluations menées avant et après leur participation révèlent que les centres ont considérablement accru leur niveau de qualité en se concentrant sur des objectifs précis et en recevant du soutien pour atteindre leurs buts. Avec ces données de référence, l'Île-du-Prince-Édouard est maintenant la seule province à bénéficier de données quantitatives fiables à la grandeur de la province pour évaluer la qualité des programmes visant la petite enfance et en assurer le suivi.

Services d'orthophonie

Les aptitudes linguistiques, qui constituent l'une des mesures de la capacité d'apprentissage, ont des incidences importantes sur la réussite à l'école. La stratégie de développement de l'enfant en santé permet d'assurer le suivi des indicateurs dans ces domaines.

Le ministère de la Santé et des Services sociaux et le ministère de l'Éducation collaborent afin d'élaborer, à l'aide d'initiatives créatives, un plan global à long terme pour les services d'orthophonie. Ces initiatives comprennent un programme provincial de bourse et l'expansion à l'échelle provinciale du programme *Little Expressions Means a Lot*, qui offre capacités communautaires, soutien et formation aux personnes qui travaillent avec de jeunes enfants.

Programme d'intervention précoce auprès des enfants autistes

L'Île-du-Prince-Édouard a intégré son Programme d'intervention précoce auprès des enfants autistes au Programme d'appui aux personnes handicapées. Le traitement des troubles du spectre autistique exige un certain nombre de services intégrés, dont les services médicaux et familiaux, les programmes préscolaires, ainsi que la formation de travailleurs à domicile, des parents, d'orthophonistes et d'ergothérapeutes. Les plans de traitement individuels sont fonction du programme d'enseignement. Les méthodes d'enseignement sont conformes au modèle de traitement de l'analyse comportementale appliquée (ACA). Les plans de traitement sont soutenus par la formation du personnel et des parents, un spécialiste de l'intervention auprès des autistes, ainsi que des services de soutien thérapeutiques, psychologiques et pédiatriques.

L'honorable Wayne Easter, député de Malpeque; l'honorable Steven W. Mahoney, secrétaire d'État responsable de la Société canadienne d'hypothèques et de logement; et l'honorable Jamie Ballem signent l'Entente fédérale-provinciale concernant le logement abordable.

Dans le cadre du Programme, on a embauché deux spécialistes en autisme chez les enfants d'âge préscolaire qui travailleront en collaboration avec le coordonnateur de l'intervention précoce afin de répondre aux besoins des enfants autistes et de leur famille.

Accès aux services

La réussite de cette stratégie, qui vise à faciliter l'accès aux services, dépend de notre capacité, en tant que système de santé, de faire preuve d'innovation dans la prestation des services afin d'accroître l'incidence de ces derniers sur la santé et le mieux-être des résidants et d'en améliorer la qualité.

Entente concernant le logement abordable entre le Canada et l'Île-du-Prince-Édouard

Par l'intermédiaire de cette entente fédérale-provinciale, l'Île-du-Prince-Édouard recevra un financement incitatif pour augmenter le nombre d'unités d'habitation offertes à prix abordable aux populations cibles. Ce programme se *distingue* des programmes de logements sociaux actuellement dirigés par le ministère de la Santé et des Services sociaux à l'Île-du-Prince-Édouard. Les programmes actuels de logements sociaux accordent des subventions au logement qui permettent de louer des unités à des Insulaires à faible revenu selon un pourcentage de leur revenu. Les unités construites dans le cadre de l'Entente concernant le logement abordable entre le Canada et l'Île-du-Prince-Édouard seront louées, à prix abordable, à des Insulaires de revenu faible à moyen, ce qui représente une nouvelle option en matière de logement pour les Insulaires.

Par l'intermédiaire de cette Entente, les personnes, les collectivités et le secteur privé pourront considérer la construction, l'acquisition, la rénovation, la remise en état et la conversion comme des solutions abordables en matière de logement. Tous les projets financés seront nécessaires pour construire au moins cinq unités de logement supplémentaires, maintenir les loyers à des prix abordables pendant au moins dix ans et louer ces logements aux Insulaires à revenu faible à moyen. Les projets et les propositions seront financés selon les besoins prioritaires des familles; des personnes ayant des besoins spéciaux, comme les survivants de traumatismes crâniens et médullaires; des personnes souffrant de maladies mentales graves et persistantes; et des personnes handicapées dans les collectivités de l'Île.

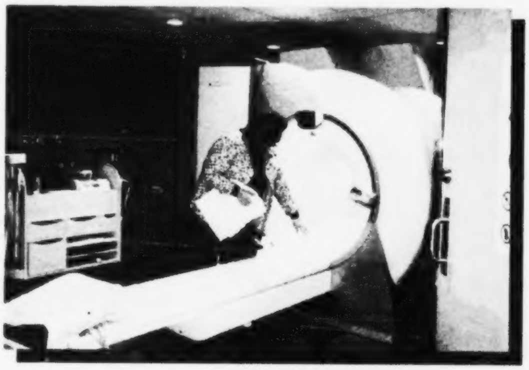
En ce moment, nous en sommes à compléter les négociations. Nous nous attendons à signer l'Entente concernant le logement abordable avec le Canada au printemps 2003.

Expansion du Centre de traitement du cancer et des services d'imagerie par résonance magnétique (IRM)

On a effectué des travaux considérables en vue de l'expansion des services de traitement du cancer, par l'achat d'un accélérateur linéaire, ainsi que des services de visualisation diagnostique, par la prestation de services d'IRM dans la province. L'installation des nouveaux appareils et la prestation des nouveaux services exigent un agrandissement de 15 000 pieds carrés à l'hôpital Queen Elizabeth, ainsi que des rénovations importantes au Centre provincial de traitement du cancer et au département de visualisation diagnostique, travaux totalisant 12 millions de dollars.

On a terminé l'aménagement extérieur, y compris le nouvel accès routier à l'hôpital et la signalisation à l'intersection. Les travaux d'agrandissement et de rénovation sont également terminés. Plus de 20 postes équivalents temps plein seront créés.

L'achat de l'accélérateur linéaire, au coût de 3 millions de dollars, et de l'appareil d'IRM, d'une valeur de 2,5 millions de dollars, représente un investissement important dans la technologie de la santé pour notre province. Avec ces nouveaux appareils, les Insulaires auront accès à des services de traitement du cancer et de diagnostic médical des plus avancés.



Appareil d'IRM

Accélérateur linéaire

Services en français

Le réseau de services en français a été créé en novembre 2002 par le ministre responsable des affaires acadiennes et francophones et le ministre de la Santé et des Services sociaux, qui ont convenu que le moyen le plus approprié pour le système de santé et de services sociaux de se préparer à la promulgation de la Loi sur les services en français consistait à créer un réseau communautaire-public conjoint consacré à la proposition de solutions pratiques en matière de prestation de services sociaux et de santé en français à l'Île-du-Prince-Édouard. Ce réseau veillera à l'échange de renseignements entre le système de santé et la communauté acadienne et francophone. Le réseau formera également des groupes de travail pour élaborer des stratégies visant à faciliter l'accès à des services sociaux et de santé en français.

Les services de santé suivants sont offerts en français à la communauté acadienne et francophone, mais de façon limitée dans certaines régions : santé publique, orthophonie, soins à domicile, services de traitement des dépendances et en santé mentale, soins en établissement, services sociaux, ergothérapie, médecine, services de nutrition, soins infirmiers au sein des établissements hospitaliers, et santé dentaire. De plus, les affiches à l'hôpital Queen Elizabeth et au nouvel hôpital du comté de Prince sont bilingues.

Le ministère de la Santé et des Services sociaux et Santé Prince-Ouest ont embauché, au début de 2003, un coordonnateur des services en français pour offrir des conseils et du soutien par rapport à la prestation de services de santé en français.

Modifications à la *Change of Name Act*

Les raisons pour lesquelles il est important de posséder une identification précise sont nombreuses. Votre certificat de naissance est le principal document de référence dont vous avez besoin pour obtenir d'autres services ou pièces d'identité, comme un passeport, un permis de conduire ou une carte d'assurance-maladie. Des modifications récentes à la *Change of Name Act* facilitent le changement de nom aux Insulaires et rendent ce service moins coûteux.

Auparavant, un changement de nom coûtait entre 500 $ et 1 500 $. Selon la nouvelle loi, ce coût sera réduit à environ 160 $, et à encore moins pour les autres membres de la famille. On demande souvent un changement de nom après un mariage, lorsqu'un des parents souhaite que son enfant porte un nouveau nom de famille. Les immigrants désirent souvent canadianiser leur nom après avoir obtenu leur citoyenneté canadienne. De plus, il arrive souvent que des personnes se rendent compte que, depuis toujours, elles utilisent un nom autre que celui qui a été officiellement enregistré à leur naissance. Un changement de nom est alors requis pour changer le nom figurant sur leur certificat de naissance.

Restructuration des soins de santé primaires

Les soins de santé primaires reposent sur une définition globale et détaillée de la santé qui atteste des facteurs économiques, environnementaux et sociaux influençant la santé. Ils constituent une théorie et une approche des soins de santé fondées sur les principes de l'accessibilité, de la participation de la population, de la promotion de la santé, de la prévention des maladies, de la technologie appropriée et de la collaboration intersectorielle.

Santé Canada s'est engagé à verser 6,5 millions de dollars au ministère de la Santé et des Services sociaux par l'intermédiaire du Fonds pour l'adaptation des soins de santé, pour couvrir les frais associés à la transition à la suite des changements apportés au système de soins de santé primaires.

On procède à une restructuration des soins de santé primaires afin de résoudre les principaux problèmes auxquels le système de santé est confronté et qui font obstacle à sa viabilité future. Ces problèmes comprennent les pénuries de ressources humaines en santé, l'augmentation de la demande pour des soins de santé, la hausse du coût des soins de santé, le taux élevé de maladie chronique et la rapidité de la mise au point de nouveaux médicaments et technologies.

Par la restructuration des soins de santé primaires, le système de santé cherche à faciliter l'accès aux services de santé, à promouvoir la santé et le mieux-être et à renforcer les services communautaires qui servent à prévenir, à réduire et à gérer les maladies. La restructuration des soins de santé primaires soutient aussi en partie la stratégie en matière de modes de vie sains.

Centres de santé familiale

Les centres de santé familiale regroupent au moins trois médecins, des infirmières autorisées et d'autres fournisseurs de soins de santé qui travaillent ensemble et partagent la responsabilité des résultats obtenus par les patients suivant les besoins établis en matière de santé. Chaque fournisseur exerce ses fonctions en tirant le maximum de ses compétences et de ses aptitudes, selon ses études et son expérience. On y offre un ensemble de services préétabli axé sur le diagnostic et le traitement, la promotion de la santé, la prévention des maladies et la gestion des maladies chroniques. Les patients s'inscrivent au centre de santé familiale, bénéficient d'heures de service prolongées, si possible, et continuent de consulter le médecin de leur choix ou d'autres fournisseurs selon leurs besoins. La continuité et la qualité des soins sont accrues dans ce milieu multidisciplinaire et de collaboration soutenue par des technologies améliorées.

À ce jour, l'Île-du-Prince-Édouard compte quatre centres de santé familiale :

- **Centre de santé communautaire Four Neighbourhoods**
  – Santé Queens, Charlottetown

Le centre de santé communautaire Four Neighbourhoods comprend une équipe de fournisseurs de soins de santé et du personnel de soutien. À l'ancien centre, on comptait déjà un gestionnaire, deux médecins, une infirmière et des employés de soutien pour s'occuper des services cliniques, de même qu'un spécialiste du développement communautaire, un animateur de programmes, un coordonnateur et des employés de soutien pour offrir les programmes communautaires. Le nombre de médecins et d'infirmières a depuis augmenté; un diététiste et un travailleur en santé mentale à temps partiel se sont également joints à l'équipe.

- **Centre de santé familiale Beechwood**
  – Santé Prince-Ouest, O'Leary

On a agrandi un bureau de médecin pour y installer les bureaux du gestionnaire de l'équipe, de trois médecins, d'un médecin exerçant ses fonctions dans la communauté et des employés de soutien. On a embauché deux infirmières, et d'autres professionnels de la région sanitaire s'associeront au centre dans un proche avenir. Les médecins de famille, les infirmières et les autres fournisseurs de soins collaborent pour offrir aux patients des services plus complets, y compris des tests de dépistage améliorés, ainsi que des services de promotion du mieux-être et de prévention des maladies.

- **Centre de santé familiale de la région centrale de Queens**
  – Santé Queens, Hunter River

On a aménagé un espace de travail convenable au gestionnaire, aux quatre médecins, aux infirmières et au personnel de soutien. Les patients ont accès à des services de santé publique une fois par mois, alors que des services en santé mentale sont offerts au centre une fois par semaine. On y offre maintenant des services infirmiers de santé publique, et un médecin a commencé à travailler à temps partiel à un centre-satellite, dans la région de Rustico.

- ## Centre de santé familiale de Kings-Est
  – Santé Kings, Souris

Le centre est situé dans l'hôpital local. On compte agrandir et rénover le centre afin d'offrir un espace de travail convenable à l'équipe de médecins et d'infirmières. Les équipes de services infirmiers de santé publique, d'éducation en matière de diabète, de soins à domicile et de logement partagent le centre de santé, ce qui augmente les possibilités de collaboration.

Programme intégré de soins palliatifs

Le programme intégré régional de soins palliatifs vise à accroître les possibilités en matière de soins palliatifs pour les familles et les clients en offrant un accès approprié à des équipes de soins de santé qualifiées à domicile, dans des établissements de soins de longue durée et à l'hôpital. La formation du personnel de première ligne et des équipes de ressources est un élément essentiel de la stratégie de soins palliatifs, car elle permettra la prestation de services de qualité. La formation du personnel a déjà commencé.

Construction de l'hôpital du comté de Prince

L'hôpital du comté de Prince est l'un des investissements publics les plus importants de toute l'histoire de l'Île-du-Prince-Édouard dans le domaine de la prestation de soins de santé. La construction de l'établissement reflète l'engagement du gouvernement à offrir des services de qualité tout en investissant dans les collectivités de l'Île.

Cet établissement jouera un rôle clé dans la prestation de soins intensifs provinciaux au sein de la nouvelle régie provinciale des services de santé. Le nouvel hôpital du comté de Prince fournira un environnement axé sur les clients. Des professionnels de la santé y donneront des soins de grande qualité dans une atmosphère favorisant le respect de la vie privée et la dignité des patients. On y dispensera également un large éventail de soins ambulatoires et de courte durée.

Hôpital du comté de Prince

Le ministre Ballem; Kay Lewis, directrice administrative de l'hôpital du comté de Prince; l'honorable Greg Deighan, député provincial de Wilmot-Summerside; le premier ministre Binns; et Helen MacDonald, députée provinciale de St. Eleanors-Summerside, à la cérémonie de la première pierre du nouvel hôpital du comté de Prince.

À ce jour, la fondation de l'hôpital du comté de Prince a dépassé son objectif de 12,5 millions de dollars en amassant plus de 12,7 millions de dollars. L'hôpital sera muni de nouveaux appareils de visualisation diagnostique, dont des appareils de radiographie et un tomodensitomètre, de nouveaux moniteurs cardiaques, d'un nouvel appareil de stérilisation, d'une quantité considérable de nouveau matériel de laboratoire, de préparation alimentaire et de service des repas, ainsi que d'un nouveau système de télévision pour les patients. Le déménagement au nouvel établissement est maintenant prévu pour le début de 2004.

Rapport de Statistique Canada

Un rapport publié par Statistique Canada en juillet 2002 indique que l'accès aux soins de santé à l'Île-du-Prince-Édouard se compare favorablement à celui des autres provinces. L'Île-du-Prince-Édouard a obtenu de bons résultats sur plusieurs plans. Par exemple, c'est à l'Île-du-Prince-Édouard que le temps d'attente moyen pour consulter un médecin spécialiste est le moins long au Canada. À l'Île-du-Prince-Édouard, 58 % des personnes ayant subi une chirurgie non urgente ont déclaré avoir attendu moins d'un mois, comparativement à seulement 39,5 % au Canada. L'Île-du-Prince-Édouard arrive au quatrième rang en ce qui a trait au pourcentage de la population disant avoir un médecin de famille régulier, ce pourcentage s'élevant à 93,6 % à l'Île, comparativement à la moyenne canadienne de 87,7 %.

Par contre, l'Île-du-Prince-Édouard a obtenu des résultats légèrement inférieurs aux autres provinces et territoires sur certains plans, comme l'accès à des soins immédiats pour des problèmes de santé mineurs, plus particulièrement en soirée et la fin de semaine. De plus, le pourcentage de la population de l'Île disant avoir de la difficulté à obtenir des renseignements ou des conseils en matière de santé était légèrement supérieur à la moyenne canadienne.

Le rapport a révélé que 94,3 % des Insulaires avaient eu accès à au moins un service de premier contact en 2001, ce qui est légèrement plus élevé que la moyenne canadienne de 93,7 %.

Pour la première fois, le rapport fournit des renseignements détaillés sur l'accès aux services à l'échelle nationale. L'Île-du-Prince-Édouard compte parmi les trois provinces qui ont déboursé une somme supplémentaire pour soumettre des échantillons représentatifs à l'enquête, afin d'assurer le suivi de l'accès aux services de santé. Bien que les Insulaires continuent de bénéficier d'un accès universel à des services de santé financés par les fonds publics, ils se préoccupent de l'accessibilité des services. Ce rapport, qui est une mine de renseignements, nous indique où nous nous situons par rapport aux autres provinces et territoires, et continuera de servir de banque de données probantes pour nous aider à élaborer des politiques visant à faciliter l'accès et à assurer le suivi des changements.

Plusieurs programmes visant à résoudre les problèmes cernés dans le rapport sont en cours d'élaboration. Dans le cadre de la restructuration des soins de santé primaires, les centres de santé familiale offriront l'accès à des équipes de soins primaires multidisciplinaires et prolongeront leurs heures de service. Cela facilitera l'accès 24 heures sur 24, 7 jours sur 7, à des soins immédiats de premier contact en cas de problèmes mineurs, ainsi qu'à des renseignements et à des conseils en matière de santé.

Le rapport indique que le temps d'attente de l'Île-du-Prince-Édouard pour des tests diagnostiques était très raisonnable dans la plupart des régions, mais le nombre d'Insulaires attendant plus de trois mois pour des examens non urgents d'IRM et de tomodensitométrie, ainsi que des angiographies, était supérieur à la moyenne nationale. On s'attend à ce que ce niveau de service s'améliore lorsque les services d'IRM seront offerts à l'hôpital Queen Elizabeth et qu'un deuxième tomodensitomètre sera disponible au nouvel hôpital du comté de Prince.

Le rapport *Accès aux services de soins de santé au Canada, 2001* est un mécanisme de rapports et de reddition de compte au public qui fait suite à l'entente conclue par les premiers ministres en septembre 2000.

Ressources humaines

Le processus de planification des ressources humaines, visant à assurer un nombre adéquat et un assortiment approprié de professionnels pour répondre aux besoins en matière de santé des Insulaires, a donné lieu à plusieurs initiatives positives.

Recrutement et maintien en poste

Le gouvernement s'est engagé à maintenir un nombre adéquat de professionnels de la santé à l'Île-du-Prince-Édouard. Un certain nombre d'initiatives ont été mises en œuvre à cet effet.

Tout au long de l'année, on a procédé à un recrutement actif de professionnels de la santé et mis en œuvre d'autres initiatives pour recruter des candidats pour certains des postes les plus difficiles à pourvoir.

Stratégie de recrutement et de maintien en poste du personnel infirmier de l'Île-du-Prince-Édouard

Le personnel infirmier autorisé représente le groupe de fournisseurs de soins de santé le plus important. Le maintien d'un nombre adéquat d'infirmières passe par le recrutement de nouveaux effectifs et par le maintien en poste de la main-d'œuvre existante. La stratégie de recrutement et de maintien en poste du personnel infirmier de l'Île-du-Prince-Édouard comprend plusieurs initiatives, dont la remise de bourses aux étudiants inscrits au baccalauréat en sciences infirmières; l'offre d'aide aux infirmières autorisées qui prennent part à des programmes de mise à jour; et l'embauche d'étudiants en sciences infirmières pendant l'été.

Au cours de la période de 3 ans d'avril 2000 à mars 2003, la stratégie de recrutement et de maintien en poste du personnel infirmier a permis de remettre 159 bourses d'un an dans le cadre d'accords de retour au travail à des étudiants du baccalauréat en sciences infirmières; d'offrir de l'aide au déplacement à 71 infirmières ne provenant pas de l'Île et recrutées pour travailler dans le système de santé de l'Île-du-Prince-Édouard; d'embaucher 151 étudiants inscrits au baccalauréat en sciences infirmières dans le cadre du programme d'emploi d'été; et de rembourser à 8 infirmières autorisées les frais du programme de mise à jour coordonné par l'Association des infirmières de l'Île-du-Prince-Édouard et le collège Grant MacEwen.

Le nombre de bourses accordées aux étudiants a considérablement augmenté depuis le lancement de la stratégie, ce qui est très intéressant pour le système de santé, puisque les boursiers doivent travailler un an au sein du système de santé de l'Île-du-Prince-Édouard à la fin de leurs études pour chaque année où ils reçoivent une bourse.

	Stratégie de recrutement et de maintien en poste du personnel infirmier à l'Î.-P.-É.		
	2000-2001	**2001-2002**	**2002-2003**
Nombre de postes d'infirmière autorisée créés	27	15	-
Nombre de bourses accordées aux étudiants	24	57	78
Nombre d'infirmières autorisées ayant bénéficié d'aide au déplacement	27	18	26
Nombre d'infirmières autorisées ayant bénéficié d'un remboursement (programme de mise à jour)	2	4	2
Nombre d'étudiants participant au programme d'emploi d'été	28	50	73

* Le nombre de bourses accordées aux étudiants représente le nombre total d'accords de retour au travail conclus.

Radiothérapeutes

On a mis en place un accord de retour au travail pour les Insulaires qui souhaitent suivre une formation en radiothérapie. Un étudiant devrait terminer le programme de deux ans et obtenir son diplôme en décembre 2003. Le programme de radiothérapie est offert conjointement par le Collège communautaire du Nouveau-Brunswick et le collège Red River, au Manitoba.

Orthophonistes

On a lancé un nouveau programme de bourse en novembre 2002 pour soutenir le recrutement et le maintien en poste d'orthophonistes. Les étudiants commençant la deuxième ou troisième année de leur maîtrise en orthophonie sont admissibles à une aide financière de 4 200 $ par année en échange d'un an de service à l'Île-du-Prince-Édouard à titre d'orthophoniste.

La mise en place d'autres incitatifs pour recruter des orthophonistes a été recommandée dans l'*Analyse de l'offre et de la demande en matière de ressources humaines en santé*, menée en 2001. La demande pour ce service est à la hausse chez les enfants éprouvant des retards de langage et de communication et ceux qui ont des besoins spéciaux. De plus, la population adulte a de plus en plus besoin de services thérapeutiques. Le nouveau programme de bourse aidera à rendre l'Île-du-Prince-Édouard plus concurrentielle sur le plan du recrutement d'orthophonistes.

Pour recevoir l'aide financière, les étudiants participant au programme doivent signer un accord de retour au travail avec la régie de la santé qui les parraine. Avant leur embauche, ils doivent obtenir un diplôme d'un programme d'orthophonie reconnu et être admissible à l'agrément auprès de l'Association canadienne des orthophonistes et audiologistes.

Conventions collectives

Environ 90 % des employés au sein du système de santé et des services sociaux appartiennent à l'un des syndicats suivants :
Syndicat des infirmières de l'Île-du-Prince-Édouard **(PEINU – 22 %)**
Union of Public Sector Employees **(UPSE – 33 %)**
Syndicat canadien de la fonction publique **(SCFP – 19 %)**
International Union of Operating Engineers **(IUOE – 16 %)**

La convention collective du Syndicat des infirmières de l'Île-du-Prince-Édouard a été signée le 16 septembre 2002. Elle est en vigueur depuis le 1er avril 2002 et expirera le 31 mars 2005.

Les conventions collectives actuelles de l'Union of Public Sector Employees et de l'International Union of Operating Engineers prendront fin le 31 mars 2003.

Technologie de l'information sanitaire

On peut améliorer les services offerts aux Insulaires en présentant des renseignements de qualité aux fournisseurs de soins de santé. Des renseignements précis et fiables sur la santé aident les Insulaires à mieux gérer et à améliorer leur santé.

Système de gestion intégrée des services

Le système de gestion intégrée des services permet aux fournisseurs de services du système de santé et de services sociaux d'accéder aux renseignements sur la clientèle, de les documenter, puis de les gérer, et ce, électroniquement et de façon sûre. Cette application donne aux fournisseurs de services l'accès aux renseignements dont ils auront besoin pour gérer efficacement la prestation des services et échanger, au besoin, des renseignements sur la prestation des services à leurs clients. Des renseignements de qualité accrue sur les services permettront d'améliorer les résultats en matière de service à la clientèle, de superviser les travailleurs, de surveiller les gestionnaires et d'assurer, au moyen du système, le suivi des résultats en matière de santé à des fins de gestion, de planification et de recherche. Cette application englobera tous les services sociaux et de santé communautaire au sein de la province. Le programme de soins pour diabétiques et le programme de soins à domicile ont adopté cette application au cours de l'exercice 2002-2003.

Système d'archivage et de transmission d'images

Ce système permet le transfert électronique d'images numériques entre les hôpitaux des provinces de l'Atlantique, et ce, à l'échelle provinciale et interprovinciale. À l'aide d'appareils de numérisation des pellicules et de lecteurs radiographiques numérisés, on peut numériser les images de diagnostic originales. Une fois numérisés, ces renseignements peuvent être transmis d'un endroit à un autre par l'intermédiaire de réseaux de communication. Ce système de téléradiologie facilite les consultations à distance et permet une meilleure utilisation des spécialistes en radiologie et d'autres spécialistes. Les technologies d'archivage sont utilisées pour mieux gérer, stocker, récupérer, échanger et intégrer les rapports et les renseignements radiologiques.

Registre commun de la clientèle

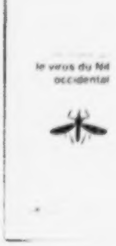
Le registre commun de la clientèle sera la principale banque de données démographiques pour le système provincial de santé et de services sociaux. Il enregistrera les données démographiques principales, comme le nom, l'adresse, la date de naissance, l'admissibilité et le numéro d'assurance-maladie. Le registre commun de la clientèle fournira au système de santé et de services sociaux des données démographiques sur les clients.

Système de soins dentaires pour enfants

Le système de soins dentaires pour enfants est une application qui enregistre tous les services offerts dans le cadre du programme de soins dentaires pour enfants. On a lancé cette application à titre de nouveau module du système intégré de réclamation.

Renseignements sur le site Web portant sur le virus du Nil occidental

Le virus du Nil occidental s'attaque aux oiseaux, aux humains et à certains autres mammifères d'Afrique, d'Europe de l'Est et d'Asie depuis plusieurs décennies. Le virus a été détecté pour la première fois en Amérique du Nord en 1999, lorsqu'on a découvert une épidémie d'infection par le virus chez les oiseaux et les humains à New York. Depuis, le virus s'est propagé dans la plupart des états américains et dans plusieurs provinces canadiennes. L'an dernier, on a trouvé trois oiseaux infectés en Nouvelle-Écosse.



La section sur le virus du Nil occidental du site Web du Ministère, que l'on trouve à www.gov.pe.ca/westnile (en anglais seulement), offre des renseignements sur le virus, la réduction des aires de reproduction, les facteurs de risque et la protection personnelle.

Partenariats conçus pour gérer les déterminants de la santé

Il est essentiel de former des partenariats et de les renforcer pour aider le système de santé et de services sociaux à influencer de façon positive la santé et le mieux-être des Insulaires.

Les partenaires de la **stratégie en matière de modes de vie sains** comprennent :

l'Alliance pour la réduction du tabagisme de l'Île-du-Prince-Édouard; l'Alliance pour la vie active; l'Alliance pour une saine alimentation; les ministères provinciaux de la Santé et des Services sociaux, de l'Éducation, des Affaires communautaires et culturelles, ainsi que le Bureau du procureur général; les régies régionales des services de santé; l'Association canadienne du diabète; la division provinciale de la Société canadienne du cancer; la Fondation des maladies du cœur de l'Île-du-Prince-Édouard; la Commission scolaire de l'ouest et la Commission scolaire de l'est; la P.E.I. Federation of Municipalities; la P.E.I. Recreation Facilities Association; et d'autres groupes communautaires.

Les partenaires de l'**Alliance pour la réduction du tabagisme de l'Île-du-Prince-Édouard** comprennent :

la division provinciale de la Société canadienne du cancer; l'Association pulmonaire de l'Île-du-Prince-Édouard; les ministères provinciaux de la Santé et des Services sociaux, ainsi que de l'Éducation; l'Early Childhood Development Association of P.E.I.; le centre de santé communautaire Évangéline; les régies régionales des services de santé; la P.E.I. Federation of Municipalities; Santé Canada; la Fondation des maladies du cœur de l'Île-du-Prince-Édouard; le collège Holland; la Medical Society of P.E.I.; la Fédération foyer-école de l'Île-du-Prince-Édouard; la Commission scolaire de l'est et la Commission scolaire de l'ouest.

Les partenaires de l'**Alliance pour la vie active** comprennent :

les ministères provinciaux de la Santé et des Services sociaux, ainsi que des Affaires communautaires et culturelles; l'Association des loisirs et des sports pour les personnes ayant une déficience physique de l'Île-du-Prince-Édouard; l'Association du sport scolaire de l'Île-du-Prince-Édouard; l'Association pulmonaire de l'Île-du-Prince-Édouard; l'Association d'éducation physique de l'Île-du-Prince-Édouard; la Fédération de l'âge d'or de l'Île-du-Prince-Édouard; les Jeux olympiques spéciaux de l'Île-du-Prince-Édouard; la GRC; Scouts Canada (conseil de l'Île-du-Prince-Édouard); Sport Île-du-Prince-Édouard; la Société d'Arthrite; l'Institut des femmes de l'Île-du-Prince-Édouard et la Commission des accidents du travail.

Les partenaires de la **Stratégie visant l'autisme** comprennent :

le comité provincial de l'autisme, qui se compose de parents, de membres du personnel des régies régionales des services de santé, du ministère de la Santé et des Services sociaux, du ministère de l'Éducation, de professionnels en pédiatrie et en santé mentale et de membres de conseils scolaires; la P.E.I. Autism Society, l'Association pour l'intégration communautaire de l'Île-du-Prince-Édouard; et d'autres organismes communautaires.

Les partenaires de la **stratégie de développement de l'enfant en santé** comprennent :

le personnel de base du ministère de la Santé et des Services sociaux; des représentants des ministères provinciaux de l'Éducation, des Affaires communautaires et culturelles, du Développement et de la Technologie, ainsi que du Bureau du procureur général; les membres du Conseil du premier ministre sur le développement de l'enfant en santé; et des représentants communautaires, dont l'Early Childhood Development Association, les centres de ressources familiales, l'Alliance pour l'alphabétisation, la Coalition pour l'allaitement maternel, la coalition pour la santé mentale des enfants, le Réseau des femmes, l'Association pour l'intégration communautaire, le conseil d'action du premier ministre sur la violence familiale, la GRC, l'Université de l'Île-du-Prince-Édouard et Santé Canada.

Les partenaires de **l'Alliance pour la saine alimentation** comprennent :

les ministères provinciaux de la Santé et des Services sociaux, de l'Éducation, de l'Agriculture, ainsi que des Affaires communautaires et culturelles; et des représentants communautaires, dont l'Université de l'Île-du-Prince-Édouard; la Société canadienne du cancer; les conseils scolaires et la Fédération foyer-école; les régions sanitaires; la Medical Society; l'Association des infirmières de l'Île-du-Prince-Édouard; l'hôpital Queen Elizabeth; la Fondation des maladies du cœur; la PEI School Milk Foundation; les diététistes de l'Île-du-Prince-Édouard; l'Alliance pour la vie active; la SRC; la Croix-rouge canadienne; les programmes de distribution de déjeuners dans les écoles; l'Association d'économie familiale de l'Île-du-Prince-Édouard; Chartwells International; et des parents.

Résultats du système de santé

Dans son plan stratégique quinquennal, le ministère de la Santé et des Services sociaux précise six objectifs visant des aspects de notre système de santé qui demandent une attention particulière :

1. Améliorer l'état de santé
2. Accroître la responsabilisation en matière de santé
3. Améliorer la viabilité du système
4. Accroître la confiance du public dans le système
5. Améliorer le mieux-être en milieu de travail et le moral du personnel
6. Maintenir les acquis

Bon nombre de ces aspects sont fondés sur des stratégies à long terme, ainsi que des changements comportementaux et sociétaux qui ne peuvent pas être évalués annuellement. Dans le présent rapport, nous présenterons des renseignements sur les indicateurs des trois premiers objectifs susmentionnés. Le premier se rapporte à l'état de santé des Insulaires, le deuxième, aux efforts déployés pour inciter et aider notre population à se responsabiliser en matière de santé, et le troisième, à la viabilité des services de santé de l'Île-du-Prince-Édouard.

En ce qui concerne les quatrième et cinquième objectifs, soit accroître la confiance du public dans le système et améliorer le mieux-être en milieu de travail et le moral du personnel, les résultats ont été présentés dans le Rapport annuel 2001-2002 et seront également présentés dans des rapports ultérieurs au fur et à mesure que les données seront mises à notre disposition.

Les deux premiers objectifs, qui consistent à améliorer l'état de santé des Insulaires et à accroître la responsabilisation en matière de santé, s'inscrivent dans un changement plus général encore dans la prestation de services de santé. Il est pour ainsi dire certain que le système de santé canadien est en train de passer d'un modèle de lutte contre les maladies à un modèle de protection du mieux-être. Le travail important accompli au cours des dernières années a révélé que le mieux-être de notre société dépend de la mesure dans laquelle chaque membre prend soin de lui.

Le troisième objectif, soit améliorer la viabilité du système, se rapporte à l'équilibre entre la prestation de services essentiels et la gestion d'un système rentable et soucieux des coûts. La prestation de services à notre population est sans aucun doute un élément clé dans l'atteinte de l'objectif consistant à améliorer l'état de santé des Insulaires. L'enjeu est de s'assurer que le système sera en mesure de survivre afin de pouvoir maintenir et améliorer la santé des générations d'Insulaires à venir : celle de nos enfants et des enfants de nos enfants.

Objectif nº 1 : Améliorer l'état de santé des Insulaires

Une grande proportion des Insulaires interrogés dans le cadre d'une enquête menée en 2000-2001 étaient d'avis que leur santé générale était « excellente » ou « très bonne », la proportion d'Insulaires se déclarant en bonne santé étant supérieure à la moyenne canadienne. Toutefois, comme le fait remarquer la stratégie en matière de modes de vie sains de l'Île-du-Prince-Édouard, cette statistique est démentie par les données sur les indicateurs de santé, qui révèlent des défis importants. Pour souligner et expliquer ces défis, le présent Rapport annuel décrit des tendances observées dans la santé de la population et des données importantes issues de plusieurs indicateurs de santé.

Ce rapport contient des renseignements sur les taux d'incidence, de prévalence et de mortalité associés aux principales maladies chroniques et aiguës, puis examine les risques correspondants liés au mode de vie. Pour créer une société plus en santé, nous devons établir les liens entre les maladies et le mode de vie.

Espérance et qualité de vie dans l'Île

Les Insulaires peuvent s'attendre à vivre jusqu'à 79 ans en moyenne.

L'espérance de vie des femmes est de 81,7 ans, soit 5,5 ans de plus que l'Insulaire moyen, qui peut s'attendre à vivre jusqu'à 76,2 ans. L'espérance de vie des hommes de l'Île a augmenté considérablement au cours des deux dernières décennies; dans les années 70, les femmes y vivaient presque 10 ans de plus que les hommes.

À quelle qualité de vie les Insulaires peuvent-ils s'attendre au cours de ces 79 ans? L'espérance de vie sans limitation d'activité est un indicateur créé pour évaluer le nombre d'années qu'une personne peut s'attendre à vivre en bonne santé, sans incapacité moyenne ou grave ni limitation d'activité.

Les dernières données (1996) sur l'espérance de vie sans limitation d'activité révèlent que les hommes de l'Île peuvent s'attendre à vivre avec une incapacité moyenne ou grave pendant les 10 dernières années de leur vie environ. Bien que les femmes puissent s'attendre à vivre légèrement plus longtemps que les hommes, les données montrent qu'elles vivent aussi plus longtemps avec une incapacité moyenne ou grave, soit presque 5 ans de plus que les hommes.

Principales préoccupations des Insulaires en matière de santé

Les maladies chroniques et aiguës graves, plus particulièrement le cancer, le diabète, les crises cardiaques et les ACV, posent des problèmes de santé importants dans l'ensemble de la population adulte de l'Île.

Cancer :

Entre 1989 et 1999, l'Île-du-Prince-Édouard occupait le deuxième rang au Canada en ce qui concerne le taux d'incidence, et le troisième en ce qui a trait au taux de mortalité due au cancer.

Le cancer se présente sous de multiples formes, les plus courantes étant le cancer du poumon, colorectal, du sein et de la prostate. Le tableau suivant présente les taux d'incidence et de mortalité moyens pour la deuxième moitié des années 90, la dernière période de cinq ans pour laquelle nous disposons de données confirmées.

	Taux d'incidence moyen, de 1994 à 1999 (par 100 000 habitants)			Taux de mortalité moyen, de 1994 à 1999 (par 100 000 habitants)		
	Taux d'incidence au Canada	**Taux d'incidence à l'Î.-P.-É.**	**Rang de l'Î.-P.-É. (Taux d'incidence le plus élevé = 1)**	**Taux de mortalité au Canada**	**Taux de mortalité à l'Î.-P.-É.**	**Rang de l'Î.-P.-É. (Taux de mortalité le plus élevé = 1)**
Poumon	63,18	**70,83**	3	53,22	**59,34**	3
Colorectal	52,24	**58,1**	4	24,92	**27,68**	4
Prostate*	115,23	**137,97**	1	29,64	**34,88**	1
Sein**	99,99	**102,56**	3	27,79	**27,58**	6

* Hommes seulement

** Femmes seulement, bien qu'on diagnostique le cancer du sein chez un petit nombre d'hommes chaque année.

Les taux d'incidence et de mortalité moyens dans l'Île pour ces quatre formes de cancer étaient supérieurs aux taux moyens au Canada.

Tendances en matière de cancer

Le cancer du poumon est la principale cause de décès dû au cancer à l'Île-du-Prince-Édouard. Auparavant, le taux d'incidence du cancer du poumon chez les hommes était deux fois supérieur à celui chez les femmes, mais ce n'est plus le cas. Les taux d'incidence et de mortalité chez les femmes ont connu une hausse constante depuis 1989, et cet écart a diminué rapidement au cours des dernières années.

La Société canadienne du cancer a évalué à 115 Insulaires (65 hommes et 50 femmes) le nombre de nouveaux cas de cancer du poumon en 2002, et 105 (55 hommes et 50 femmes) en sont morts.

Le taux d'incidence du cancer colorectal chez les hommes de l'Île est supérieur à celui chez les femmes. Le taux d'incidence de ce cancer chez les hommes a augmenté d'environ 20 par 100 000 habitants par année au cours des années 90, alors que celui chez les femmes est demeuré stable.

La Société canadienne du cancer a évalué à 100 Insulaires (50 hommes et 50 femmes) le nombre de nouveaux cas de cancer colorectal en 2002, et 30 (15 hommes et 15 femmes) en sont morts.

Le cancer de la prostate est le cancer le plus fréquent chez les hommes de l'Île-du-Prince-Édouard. Comme on peut le constater, l'Île-du-Prince-Édouard affichait les taux d'incidence et de mortalité du cancer de la prostate les plus élevés au pays de 1994 à 1999. La croissance du taux d'incidence du cancer de la prostate pourrait être attribuable à de meilleures techniques de dépistage et à une détection précoce.

Le cancer de la prostate est une maladie que l'on détecte chez les hommes âgés, 80 % des cas de cancer de la prostate au Canada ayant été recensés chez des hommes de 65 ans et plus. Le taux de mortalité pour le cancer de la prostate est semblable à celui pour le cancer du sein, même si le taux d'incidence du cancer de la prostate est supérieur, parce que ce dernier est un cancer à évolution relativement lente et que bon nombre de ceux qui en sont atteints meurent avant qu'il ne leur soit fatal.

Le cancer du sein est le cancer le plus fréquent chez les femmes de l'Île. Le taux d'incidence du cancer du sein a augmenté au cours des dernières années, tout comme le taux de mortalité. Le cancer du sein frappe souvent les femmes d'âge moyen. De plus, il est plus mortel que le cancer de la prostate.

La Société canadienne du cancer a évalué à 100 le nombre de nouveaux cas de cancer de la prostate, et à 90 le nombre de nouveaux cas de cancer du sein en 2002; 25 hommes sont morts du cancer de la prostate, alors que 25 femmes sont mortes du cancer du sein cette même année.

Diabète :

Le taux de prévalence du diabète de 5,1 % à l'Île-du-Prince-Édouard est semblable à celui au Canada, qui est de 5 %.

Le taux de prévalence du diabète chez les hommes est légèrement supérieur à celui chez les femmes au Canada et à l'Île-du-Prince-Édouard, et il est supérieur chez les personnes âgées. Par exemple, le taux chez les hommes de l'Île âgés de 40 à 49 ans était de 3,3 % en 1999-2000, alors que celui chez les hommes de 75 à 79 ans était presque 6 fois plus élevé, à 17,7 %. Environ 90 % de ces personnes étaient atteintes du diabète de type 2.

Tendances en matière de diabète

L'incidence du diabète est à la hausse ces dernières années. Le taux de prévalence du diabète à l'Île, qui était de 3,9 % en 1997-1998, a augmenté à 4,6 % en 2000.

Maladies cardiovasculaires :

Les maladies cardiovasculaires constituent la principale cause de décès, d'incapacité et de maladie au Canada et à l'Île-du-Prince-Édouard. Elles englobent les deux principales catégories, soit les maladies du cœur (dont les crises cardiaques) et les maladies cérébrovasculaires (dont les ACV).

	Taux moyens de mortalité due à une crise cardiaque ou à un ACV – 1989-1999		
	Canada	Î.-P.-É.	Rang de l'Î.-P.-É. au pays (Taux le plus élevé = 1)
Crise cardiaque	78,96	**91,49**	3
ACV	43,13	**45,48**	2

1. Les taux de mortalité due à une crise cardiaque ou à un ACV à l'Île-du-Prince-Édouard étaient constamment supérieurs aux taux moyens nationaux entre 1989 et 1999.

2. Au cours de cette période, l'Île occupait le troisième rang au pays en ce qui concerne le taux de mortalité due à une crise cardiaque et le deuxième rang en ce qui a trait au taux de mortalité due à un ACV.

Tendances en matière de crise cardiaque et d'ACV

Le taux de mortalité due à un ACV a diminué au cours des 20 dernières années. Par exemple, en 1999, on comptait environ 25 décès par 100 000 habitants de moins qu'en 1979 à l'Île-du-Prince-Édouard. Le taux de mortalité due à un ACV chez les hommes était considérablement supérieur à celui chez les femmes, avec une moyenne d'environ 13 décès par 100 000 habitants au cours de cette période.

Le nombre de décès dus à une crise cardiaque a diminué considérablement chez les hommes depuis 1979. Cette année-là, le taux de mortalité due à une crise cardiaque chez les hommes était de 252 décès par 100 000 habitants. En 1999, ce taux avait baissé des deux tiers, pour atteindre 70. De la même façon, le taux de mortalité chez les femmes a diminué de moitié de 1979 à 1999, passant de 74 à 33 par 100 000 habitants.

Pourquoi avons-nous réussi à diminuer autant ces taux de mortalité au cours des deux dernières décennies?

D'après l'analyse récente de la baisse du taux de mortalité due à une crise cardiaque dans 21 pays, menée par l'Organisation mondiale de la santé, l'amélioration de la qualité des soins coronariens est responsable à 72 % de la réduction du taux de mortalité due à une maladie du cœur chez les hommes, et à 56 % de celle chez les femmes. Le rapport indique aussi que la chute des taux de crise cardiaque (plus particulièrement chez les femmes) est en grande partie attribuable à une baisse des taux de tabagisme depuis 1979.

La question est donc de savoir dans quelle mesure nous pouvons encore améliorer nos facteurs de risque modifiables.

Objectif n° 2 : Accroître la responsabilisation en matière de santé

Facteurs de risque et santé

De nombreux facteurs contribuent aux maladies. Certains facteurs de risque sont modifiables, c'est-à-dire qu'une personne a le pouvoir de les modifier. L'objectif consiste à inciter les gens à se renseigner sur les facteurs de risque, à se renseigner sur le lien entre les facteurs de risque et la maladie et à admettre que la réduction de ces facteurs de risque améliorera leur santé. Plus les Insulaires parviendront à réduire les divers facteurs de risque, plus ils amélioreront leur état de santé général.

Le sexe, les antécédents familiaux et l'âge d'une personne sont trois facteurs de risque courants non modifiables. On compte quatre facteurs de risque importants qui sont modifiables, car ils constituent des habitudes et des choix de vie. Le tabagisme, la sédentarité, un poids corporel élevé et une faible consommation de fruits et légumes peuvent avoir une incidence considérable sur la capacité d'une personne de se protéger contre des états chroniques, comme le cancer, le diabète, les crises cardiaques et les ACV.

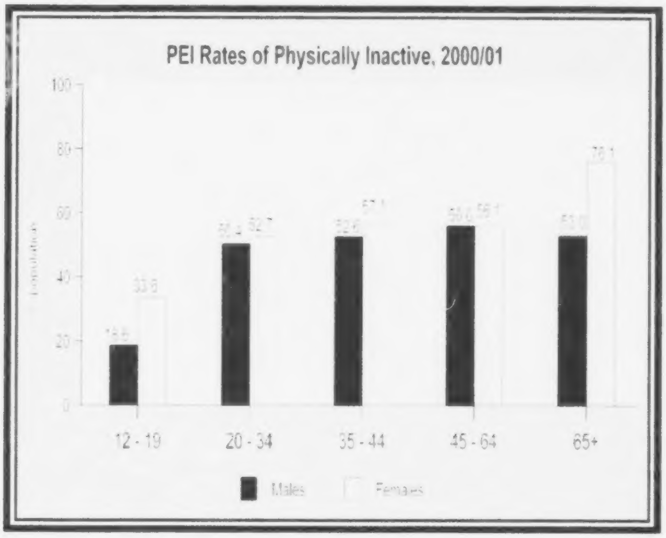
Le tableau ci-dessous indique les facteurs de risque associés aux diverses maladies, selon les résultats de recherche analysés et soulignés par Santé Canada.

	Certains facteurs de risque associés au diabète, à quatre types de cancer, aux crises cardiaques et aux ACV			
	Facteurs de risque			
	Tabagisme	**Sédentarité**	**Poids corporel**	**Régime alimentaire**
Diabète		✔	✔	✔
Crise cardiaque	✔	✔	✔	✔(p)
ACV	✔	✔	✔	✔(p)
Cancer du poumon	✔			✔
Cancer colorectal	✔	✔		✔
Cancer du sein	✔(p)	✔	✔	✔(p)
Cancer de la prostate	*La cause du cancer de la prostate est inconnue*; à l'exception possible de la consommation de gras animal, aucun facteur de risque modifiable n'a été cerné.			
(p) = Facteur de risque possible				

Les taux de sédentarité, d'embonpoint et d'obésité et la consommation de fruits et de légumes sont cités à de nombreuses reprises dans des documents récents publiés par le ministère de la Santé et des Services sociaux.

Ces trois indicateurs sont tirés de l'*Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes* (ESCC), une récente initiative de premier plan de Statistique Canada. Les données proviennent de renseignements sur les autoévaluations de 2000-2001, qui comparent divers indicateurs liés aux habitudes et choix de vie.

Il vaut la peine d'examiner les résultats dans ce cas, car les données révèlent les aspects clés liés à la santé que les Insulaires peuvent améliorer pour devenir « maîtres de leur santé ». Une analyse est également à-propos, car un autre cycle d'enquête est en cours. Ces résultats seront disponibles pour le rapport annuel de 2003-2004.



Taux de sédentarité :

L'activité physique est associée à des effets positifs importants sur la santé cardiaque et mentale. Elle contribue aussi à réduire les risques de cancer, de diabète, de cancer colorectal, ainsi que de nombreuses autres affections, comme l'ostéoporose et les douleurs lombaires. Par contre, la sédentarité est un facteur de risque important associé à ces affections.

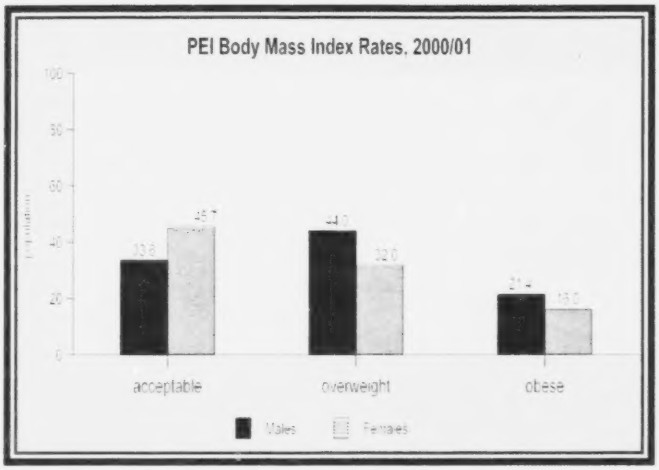
Le taux de sédentarité à l'Île-du-Prince-Édouard, soit 52 %, est supérieur à la moyenne canadienne de 49,1 %.

- Environ 60 % des Insulaires de plus de 35 ans sont sédentaires.
- Le taux de sédentarité augmente avec l'âge.
- L'enquête montre aussi que les femmes sont moins actives que les hommes. Chez les adolescents et les personnes âgées, les femmes sont deux fois plus susceptibles que les hommes de se dire sédentaires.

Indice de masse corporelle :

L'indice de masse corporelle (IMC) sert à déterminer le poids santé. Un IMC supérieur au poids santé (soit supérieur à 25) est associé à un risque de diabète, de crise cardiaque, d'ACV et de nombreux types de cancer, entre autres. Dans la plupart des cas, le poids corporel n'est pas lié à une pratique sanitaire en soi, mais plutôt le résultat des habitudes alimentaires et du taux d'activité physique de la personne. L'accessibilité et le coût des aliments sains, de même que la vulnérabilité biologique, influent aussi sur le poids corporel.

La plupart des gens peuvent modifier leur poids corporel, qui constitue un indicateur clé de la santé générale. Il dépend toutefois grandement des habitudes alimentaires et du taux d'activité physique.



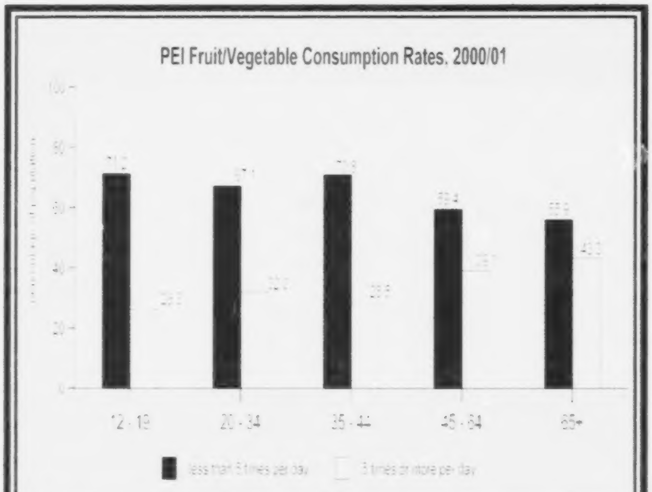
Le taux d'Insulaires faisant de l'embonpoint ou obèses, de 56,8 % en 2000-2001, était supérieur à la moyenne canadienne.

- À l'Île-du-Prince-Édouard, le nombre d'hommes interrogés faisant de l'embonpoint ou obèses était supérieur à celui des femmes en 2000-2001.

- Un nombre considérable d'hommes (65 %) déclarent faire de l'embonpoint ou être obèses. Les femmes les suivent de près, à 48 %.

Consommation de fruits et de légumes :

Les mauvaises habitudes alimentaires sont liées à certaines des causes principales de décès, dont le cancer et les maladies coronariennes. Le *Guide alimentaire canadien* recommande au moins cinq portions de fruits et de légumes par jour. Beaucoup plus de la moitié des Insulaires, soit 64,5 % de la population de 12 ans et plus, ne consomment pas assez de fruits et de légumes.



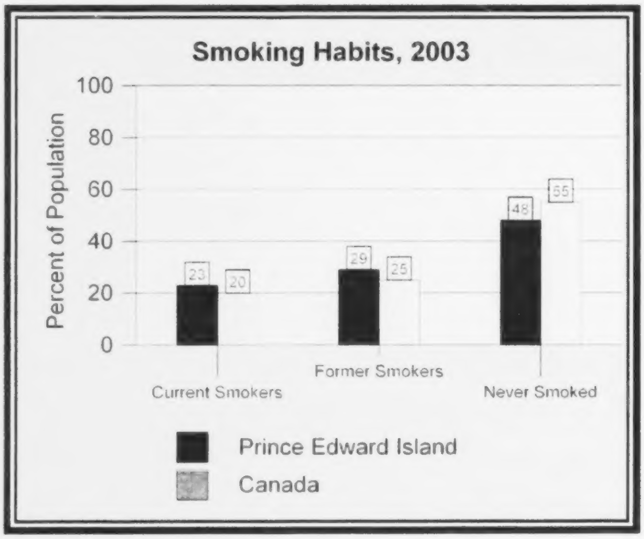
- La grande majorité des Insulaires, de l'adolescence à l'âge adulte, ne consomment pas autant de fruits et de légumes que le recommande le *Guide alimentaire canadien*.

- La consommation de fruits et de légumes augmente avec l'âge. Toutefois, dans tous les groupes d'âge, le nombre d'Insulaires consommant une quantité suffisante de fruits et de légumes est minoritaire.

Taux de tabagisme :

Parmi toutes les causes de maladies modifiables, le tabagisme est celle sur laquelle les données sont les plus récentes. L'ESUTC porte sur le tabagisme au pays, car il est largement reconnu qu'il s'agit de la principale cause de maladies évitables et de décès au Canada.

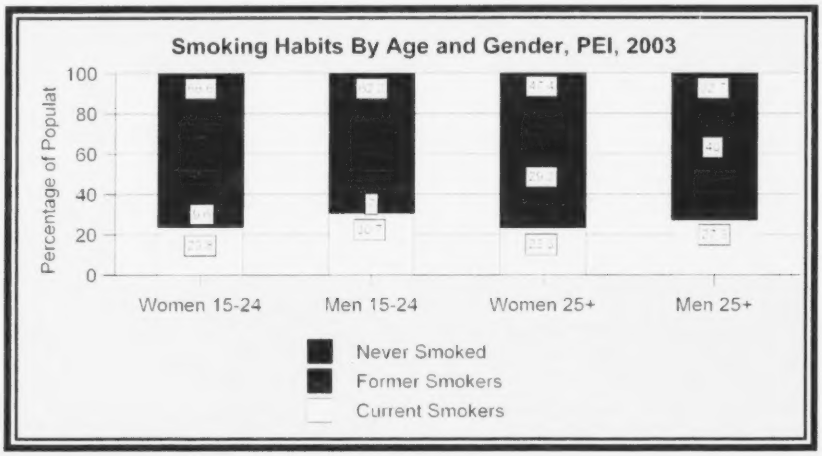
- Le taux de tabagisme à l'Île-du-Prince-Édouard est supérieur à celui au Canada.
- Le nombre d'ex-fumeurs à l'Île-du-Prince-Édouard est aussi supérieur à la moyenne nationale. Malgré le risque que présente le mode de vie antérieur, cette statistique montre l'engagement des Insulaires à améliorer leur mode de vie et n'est donc pas un résultat entièrement négatif.



Comment ces résultats sont-ils répartis dans la population générale? Le tableau ci-dessous indique une proportion supérieure de fumeurs par rapport aux fumeuses, autant chez les jeunes que chez les adultes interrogés dans le cadre de l'enquête.

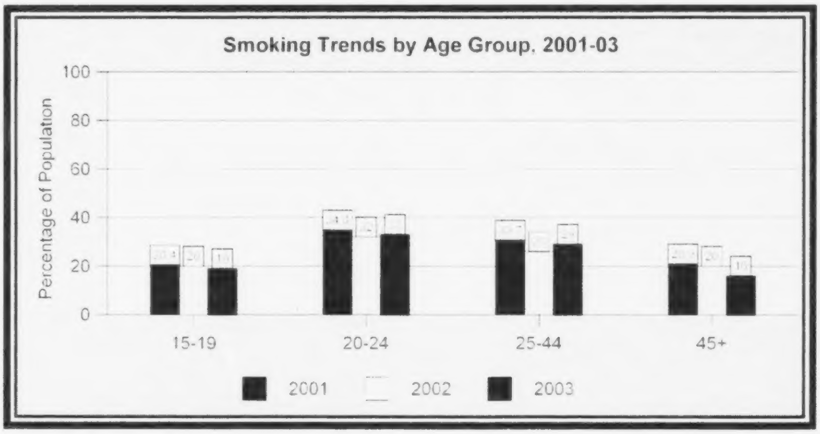
La majorité des hommes et des femmes de 25 ans et plus fument ou ont déjà fumé, le nombre d'ex-fumeurs étant plus élevé que le nombre de fumeurs. La différence entre les sexes est plus grande chez les jeunes à l'Île-du-Prince-Édouard, et plus de jeunes femmes que de jeunes hommes ont cessé de fumer.

En plus des résultats susmentionnés, les données de l'ESUTC indiquent que les plus gros fumeurs sont les jeunes hommes du groupe des 25 ans et plus, avec une moyenne avoisinant les 20 cigarettes par jour. Les adolescentes qui fument se trouvent au bas de l'échelle de consommation de tabac, à un peu plus de 12 cigarettes par jour.



Tendances en matière de tabagisme

Alors que les ESUTC révèlent que le taux de tabagisme à l'Île-du-Prince-Édouard est supérieur à la moyenne canadienne, cette tendance n'est pas stable. Ce qui est encourageant, c'est que les dernières tendances issues des données recueillies par l'ESUTC au cours des trois dernières années indiquent la réussite incontestable des initiatives et des campagnes anti-tabac.



- Les jeunes fumeurs nous préoccupent toujours, mais la proportion d'adolescents qui fument a diminué de presque 1 % au cours des 3 dernières années.
  - Cette baisse peut être attribuable en partie à une chute de 3 % du nombre de jeunes fumeurs entre 15 et 24 ans. Comme ce groupe comprend les gros fumeurs, cette baisse est considérable.

- Malheureusement, la proportion de jeunes fumeuses entre 15 et 24 ans *n'a pas* diminué au cours de ces 3 années, et a même connu une légère hausse de 0,2 %.

- La baisse la plus importante est survenue dans le groupe des 45 ans et plus, la proportion de fumeurs ayant chuté de 4 %.

Baisse de la consommation

Bien que rien ne vaille l'arrêt complet, même une baisse du nombre de cigarettes fumées peut avoir certains avantages sur la santé. Les données recueillies dans cette enquête indiquent que le nombre de cigarettes fumées par jour a diminué au cours des deux dernières années dans tous les groupes d'âge et chez les deux sexes. Cette baisse de la consommation quotidienne de tabac est plus importante dans le groupe des 20 à 24 ans. En 2001, les fumeurs de ce groupe d'âge fumaient 15,8 cigarettes par jour. En 2003, ils n'en fumaient que 13,5.

Objectif nº 3 : Améliorer la viabilité du système

En 2002-2003, les dépenses totales du gouvernement provincial en ce qui concerne la santé et les services sociaux étaient de 410,2 millions de dollars, soit 10,9 % du produit intérieur brut (PIB) provincial du dernier exercice.

	Dépenses en matière de santé et de services sociaux à l'Î.-P.-É. (*en dollars courants*), 2000-2001 à 2002-2003 (en millions de dollars)		
	2000-2001	**2001-2002**	**2002-2003**
Dépenses – Soins de santé	257,3	294,0	328,6
Dépenses – Services sociaux	77,0	76,6	81,6
Dépenses totales – Système	**334,3**	**370,6**	**410,2**

Source : Ministère de la Santé et des Services sociaux de l'Î.-P.-É., Finances et administration, 2003.

Il y a eu une augmentation de 10,9 % des dépenses en matière de santé et de services sociaux entre 2000-2001 et 2001-2002, et de 10,6 % entre 2001-2002 et 2002-2003. Une grande partie de ces augmentations est attribuable aux dépenses en immobilisations résultant de la construction du nouvel hôpital du comté de Prince.

Combien le système dépense-t-il par habitant dans l'Île?

	Coûts des soins de santé et des services sociaux par habitant à l'Î.-P.-É. (*en dollars courants*), 2000-2001 à 2002-2003		
	2000-2001	**2001-2002**	**2002-2003**
Coûts des soins de santé par habitant	1 863 $	2 150 $	2 399 $
Coûts des services sociaux par habitant	564 $	560 $	596 $
Coûts totaux par habitant	**2 427 $**	**2 710 $**	**2 995 $**

Source : Ministère de la Santé et des Services sociaux de l'Î.-P.-É., Finances et administration, 2003.

En 2002-2003, le gouvernement de l'Île-du-Prince-Édouard devait débourser en moyenne 2 995 $ par habitant pour les soins de santé et les services sociaux. Des données comparatives sur les soins de santé publiées par l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) pour 2002-2003 indiquaient que le coût moyen par habitant était de 2 333 $ pour l'ensemble des provinces et que, par conséquent, l'Île-du-Prince-Édouard se classait au cinquième rang parmi les 10 provinces.

Professionnels de la santé

Le nombre de professionnels de la santé au sein d'une population permet d'évaluer la qualité des services offerts à cette population. Le suivi de ce nombre incombe à plusieurs organismes, mais les données présentées ci-après sont tirées du rapport *Indicateurs de santé* de l'ICIS de 2003.

	Professionnels de la santé, nombre par 100 000 habitants, 2001	
	Canada	**Î.-P.-É.**
Infirmières autorisées	741	912
Infirmières auxiliaires	236	458
Médecins praticiens et de famille	95	83
Médecins spécialistes	93	54
Pharmaciens	82	94
Dentistes	56	44
Physiothérapeutes	46	36
Hygiénistes dentaires	49	33
Chiropraticiens	18	5
Diététistes	22	37

Source : *Indicateurs de santé* de l'ICIS, 2003.
Le rapport de 2003 ne comprenait aucune donnée sur les psychologues.
On a retiré les données sur les optométristes de l'Î.-P.-É. en raison du petit échantillon.

Les ratios de professionnels de la santé à l'Île-du-Prince-Édouard variaient en 2001.

- Le ratio d'infirmières autorisées, d'infirmières auxiliaires, de pharmaciens et de diététistes à l'Île-du-Prince-Édouard était au-dessus de la moyenne nationale en 2001.

- Le ratio d'infirmières auxiliaires par 100 000 habitants à l'Île-du-Prince-Édouard était 2 fois supérieur à la moyenne nationale. De la même façon, le ratio de diététistes à l'Île-du-Prince-Édouard était d'environ 1,7 fois supérieur à la moyenne nationale.

- Le ratio des autres professionnels de la santé était inférieur à la moyenne canadienne. L'Île-du-Prince-Édouard affiche un ratio de médecins praticiens, de médecins spécialistes, de dentistes, d'hygiénistes dentaires et de chiropraticiens inférieur à la moyenne nationale.

En ce qui concerne le faible ratio de médecins praticiens et de médecins spécialistes, il est important d'attester que, en raison de sa petite superficie et de sa faible population, l'Île-du-Prince-Édouard n'est pas en mesure de soutenir la prestation de l'éventail des services offerts dans d'autres régions du Canada, plus particulièrement en milieu urbain. Par exemple, certaines collectivités, comme Halifax, possèdent une école de médecine et bénéficient d'une concentration élevée de praticiens et de spécialistes. De plus, en raison de la petite superficie de l'Île-du-Prince-Édouard, les médecins exerçant dans l'Île peuvent servir de multiples régions, ce qui élimine le besoin d'embaucher d'autres professionnels dans la province. La proximité de l'Île-du-Prince-Édouard avec le Nouveau-Brunswick et la Nouvelle-Écosse permet à l'Île d'utiliser les services des spécialistes de ces provinces. Dans l'ensemble, l'Île-du-Prince-Édouard offre un programme de recrutement de médecins actif et réussi, et les Insulaires ont accès aux soins de santé dont ils ont besoin, même s'ils doivent parfois sortir de la province pour ce faire.

Modifications de 2000 à 2001

Le ratio de médecins praticiens et de médecins de famille a connu une baisse depuis le dernier Rapport annuel, diminuant de 5 par 100 000 habitants de 2000 à 2001. Par contre, le ratio de médecins spécialistes a augmenté de 1 par 100 000 habitants durant cette période.

Le ratio d'infirmières autorisées a augmenté de 4 par 100 000 habitants depuis 2000, alors que la moyenne nationale a chuté de presque 10 par 100 000 habitants entre 2000 et 2001. Le ratio d'infirmières auxiliaires a également connu une hausse de 7 par 100 000 habitants durant cette même période.

Responsabilités législatives

Liste de lois administrées par le système de santé et de services sociaux et dont le ministre de la Santé et des Services sociaux est responsable :

Adoption Act
Adult Protection Act
Change of Name Act
Child Care Facilities Act
Chiropractic Act
Community Care Facilities and Nursing Homes Act
Consent to Treatment and Health Care Directives Act
Dental Profession Act
Dietitians Act
Dispensing Opticians Act
Donation of Food Act
Drug Cost Assistance Act
Family and Child Services Act
Health and Community Services Act
Health Services Payment Act
Hospital and Diagnostic Services Insurance Act
Hospitals Act
Housing Corporation Act
Human Tissue Donation Act
Licensed Practical Nurses Act
Marriage Act
Medical Act
Mental Health Act
Nurses Act
Occupational Therapists Act
Optometry Act
Pharmacy Act
Physiotherapy Act
Premarital Health Examination Act
Provincial Health Number Act
Psychologists Act
Public Health Act
Rehabilitation of Disabled Persons Act
Smoke-Free Places Act
Social Work Act
Tobacco Sales to Minors Act
Vital Statistics Act
Welfare Assistance Act
White Cane Act

Nota :
Deux autres lois, qui sont en fait des projets de lois d'initiative parlementaire et qui ne font pas partie de la codification officielle de la province, sont considérées comme la responsabilité du ministre de la Santé et des Services sociaux :

Dental Technicians Association Act
Funeral Directors and Embalmers Act

Modifications législatives

Lois

- En mai 2002, on a promulgué la nouvelle *Change of Name Act*, abrogeant l'ancienne loi du même nom.
- Les lois *An Act to Amend the Welfare Assistance Act* et *An Act to Amend the Health and Community Services Act* ont reçu la sanction royale, mais la promulgation comme règlement n'est pas nécessaire.
- En juillet 2002, on a promulgué plusieurs dispositions de la *Health Services Payment Act* dont la promulgation n'avait pas été jugée nécessaire par le passé.
- En août 2002, on a promulgué plusieurs dispositions de la *Hospital and Diagnostic Services Insurance Act* dont la promulgation n'avait pas été jugée nécessaire par le passé.
- En octobre 2002, on a promulgué la nouvelle *Licensed Practical Nurses Act*, abrogeant la *Licensed Nursing Assistants Act*.
- En décembre 2002, les lois *An Act to Amend the Pharmacy Act* et *An Act to Amend the Child Protection Act* ont reçu la sanction royale.

Règlements

- En mai 2002, on a approuvé le règlement d'application de la nouvelle *Change of Name Act*.
- En juin 2002, on a approuvé une modification au règlement d'application de la *Welfare Assistance Act*, soit l'augmentation de l'allocation mensuelle pour enfants en santé.
- En juillet 2002, on a approuvé les modifications suivantes :
    1. une modification au règlement d'application de l'*Optometry Act*, soit un changement aux frais de permis et de renouvellement;
    2. une modification au règlement d'application de la *Health Services Payment Act*, soit la réduction de l'échéancier pour la soumission des réclamations par les médecins de six mois à trois mois et l'ajout au règlement des dispositions relatives à la divulgation des renseignements et à la subrogation; on a encore augmenté l'allocation mensuelle pour enfants en santé prescrite dans le règlement d'application de la *Welfare Assistance Act*.
- En août 2002, on a approuvé des modifications au règlement d'application de la *Hospital and Diagnostic Services Insurance Act*. Les modifications portaient sur la divulgation des renseignements, la subrogation et un conflit avec la *Canada Health Act* concernant les médicaments et les fournitures pour les consultations externes.
- En octobre 2002, on a approuvé le règlement d'application de la nouvelle *Licensed Practical Nurses Act*.
- En mars 2003, on a approuvé des modifications aux *Notifiable and Communicable Diseases Regulations* en vertu de la *Public Health Act*, soit l'ajout de l'agent de Norwalk et du SRAS à la liste des maladies visées par le règlement.

Annexe A
Membres du conseil des régies régionales des sonis de santé

au 31 mars 2003

Santé Prince-Ouest

Ernest Hudson, président du conseil
Robbie Thibodeau, vice-président
Barry Clohossy
Juanita Gaudet
Harry MacAusland
Donald Stewart
Richard Wightman

Santé Prince-Est

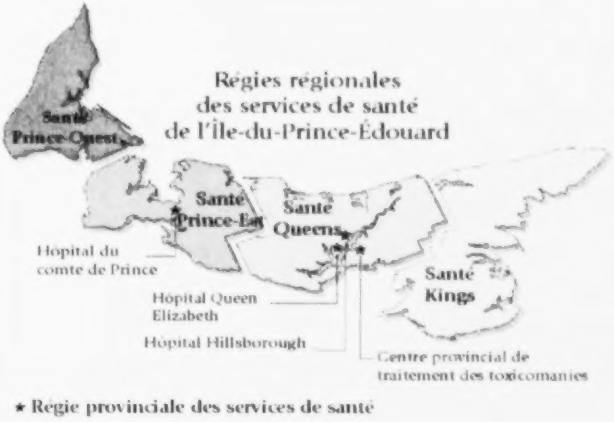
D^r Allen MacLean, président du conseil
Barry Murray, vice-président
Henri Gallant
Doreen Gunn
Blanche Maynard
Melinda Mulligan
Carol Peters
Gertrude Trainor
Elmer Williams

Santé Kings

Michael Gallant, président du conseil
Weston Rose, vice-président
Tom Carver
Henry Compton
Sherry Kacsmarik
J. Lloyd Soloman
Marian Trowbridge

Santé Queens

Sylvia Poirier, présidente du conseil
D^r David McKenna, vice-président
Kirsten Connor
William Fitzpatrick
Judy Gillis
D^r Bob Johnson
Douglas MacDonald
D^r Robert Morrison
Kevin Rofe



Population par région (2002)

Prince-Ouest	15,084	(10.75%)
Prince-Est	33,717	(24.04%)
Queens	70,080	(49.97%)
Kings	21,371	(15.24%)

Annexe A
Membres du conseil des régies régionales des sonis de santé

au 31 mars 2003

Santé Prince-Ouest

Ernest Hudson, président du conseil
Robbie Thibodeau, vice-président
Barry Clohossy
Juanita Gaudet
Harry MacAusland
Donald Stewart
Richard Wightman

Santé Prince-Est

D[r] Allen MacLean, président du conseil
Barry Murray, vice-président
Henri Gallant
Doreen Gunn
Blanche Maynard
Melinda Mulligan
Carol Peters
Gertrude Trainor
Elmer Williams

Santé Kings

Michael Gallant, président du conseil
Weston Rose, vice-président
Tom Carver
Henry Compton
Sherry Kacsmarik
J. Lloyd Soloman
Marian Trowbridge

Santé Queens

Sylvia Poirier, présidente du conseil
D[r] David McKenna, vice-président
Kirsten Connor
William Fitzpatrick
Judy Gillis
D[r] Bob Johnson
Douglas MacDonald
D[r] Robert Morrison
Kevin Rofe

Population par région (2002)

Prince-Ouest	15,084	(10.75%)
Prince-Est	33,717	(24.04%)
Queens	70,080	(49.97%)
Kings	21,371	(15.24%)

Annexe B
États financiers

Bilan financier

	2002-2003 Prévisions	2002-2003 Chiffres réels	Écart
DÉPENSES			
Gestion et services ministériels			
Services ministériels	2 409 400	2 352 800	56 600
Bureau du médecin hygiéniste en chef	404 100	328 000	76 100
Services médicaux	54 124 700	53 848 400	276 300
Finances et administration	8 301 300	7 896 600	404 700
Informatique sanitaire et état civil	10 046 100	11 680 900	(1 634 800)
Soins intensifs et prolongés	26 437 800	25 836 700	601 100
Élaboration de politiques en matière de santé	3 013 800	2 492 500	521 300
Élaboration de politiques sociales	10 178 300	6 352 100	3 826 200
Expansion du Centre de traitement du cancer et des services d'IRM	11 200 000	11 086 400	113 600
Total – Gestion et services ministériels	**126 115 500**	**121 874 400**	**4 241 100**
Services offerts dans les régions	**267 239 900**	**270 869 500**	**(3 629 600)**
Total – Ministère de la Santé et des Services sociaux	**393 355 400**	**392 743 900**	**611 500**
Établissement de santé de Prince-Est	**21 000 000**	**17 451 300**	**3 548 700**
Total – Ministère de la Santé et des Services sociaux	**414 355 400**	**410 195 200**	**4 160 200**
REVENUS			
Gestion et services ministériels			
Fédéral	6 928 500	6 844 900	(83 600)
Licences et permis	94 800	78 700	(16 100)
Frais et services	10 204 700	10 351 400	146 700
Ventes	109 000	27 600	(81 400)
Investissements	600 000	617 000	17 000
Total – Gestion et services ministériels	**17 937 000**	**17 919 600**	**(17 400)**
Revenus des régions	**14 660 500**	**15 667 100**	**1 006 600**
Total – Ministère de la Santé et des Services sociaux	**32 597 500**	**33 586 700**	**989 200**

Annexe B
États financiers

Dépenses – Principaux programmes

		2000-2001	2001-2002	2002-2003
Soins de santé				
	Services hospitaliers	108 182 200	115 545 200	128 742 300
	Services médicaux	38 823 600	40 950 600	50 209 600
	Services transfusionnels	3 321 600	3 647 400	4 482 500
	Services ambulanciers	3 467 100	3 654 400	3 750 000
	Soins à domicile	6 205 200	6 547 100	7 019 300
	Soins prolongés	35 961 600	37 607 300	40 057 100
	Pharmacie provinciale	14 511 300	16 042 400	17 208 100
	Santé mentale	10 578 200	12 241 700	12 146 300
	Services infirmiers de santé publique	2 268 800	2 524 000	2 742 300
	Service de traitement des dépendances	5 603 000	5 901 400	6 055 500
	Santé dentaire	2 256 500	2 301 400	2 466 400
	Établissement de santé de Prince-Est	5 894 900	20 141 500	17 089 800
	Autres programmes	20 213 400	26 858 500	36 651 200
	Total – Soins de santé	**257 287 400**	**293 962 900**	**328 620 400**
Services sociaux				
	Services à l'enfance et à la famille	59 406 900	59 176 300	64 111 400
	Création d'emplois	2 236 800	2 278 700	2 058 400
	Logements sociaux	9 268 500	8 932 500	8 944 200
	Subventions – Organismes non gouvernementaux	6 100 000	6 207 900	6 460 800
	Total – Services sociaux	**77 012 200**	**76 595 400**	**81 574 800**
Total – Ministère de la Santé et des Services sociaux		**334 299 600**	**370 558 300**	**410 195 200**

Annexe B
États financiers

Principaux programmes – Pourcentage du budget total

	2000-2001	2001-2002	2002-2003
Soins de santé			
Services hospitaliers	32,4	31,2	31,4
Services médicaux	11,6	11,1	12,2
Services transfusionnels	1,0	1,0	1,1
Services ambulanciers	1,0	1,0	0,9
Soins à domicile	1,9	1,8	1,7
Soins prolongés	10,8	10,1	9,8
Pharmacie provinciale	4,3	4,3	4,2
Santé mentale	3,1	3,3	3,0
Services infirmiers de santé publique	0,7	0,7	0,7
Service de traitement des dépendances	1,7	1,6	1,5
Santé dentaire	0,7	0,6	0,6
Établissement de santé de Prince-Est	1,8	5,4	4,1
Autres programmes	6,0	7,2	8,9
Total – Soins de santé	**77,0**	**79,3**	**80,1**
Services sociaux			
Services à l'enfance et à la famille	17,7	16,0	15,6
Création d'emplois	0,7	0,6	0,5
Logements sociaux	2,8	2,4	2,2
Subventions – Organismes non gouvernementaux	1,8	1,7	1,6
Total – Services sociaux	**23,0**	**20,7**	**19,9**
Total – Ministère de la Santé et des Services sociaux	**100,0**	**100,0**	**100,0**

Annexe C
Prévisions budgétaires

Prévisions budgétaires

	2003-2004
Ministère de la Santé et des Services sociaux	412 074 900 $
Établissement de santé de Prince-Est	6 500 000 $
Dépenses brutes	418 574 900 $
Revenu brut	23 388 000 $
Dépenses ministérielles nettes	**395 186 900 $**